BIBLIOTHÈQUE GÉNÉRALE DE MÉDECINE

INDICATIONS DE LA SPLÉNECTOMIE

DANS

L'HYPERTROPHIE MALARIQUE

DE LA RATE

PAR

Le Docteur A.-G. OLGIATI

DE LA FACULTÉ DE PARIS
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE NANTES
LAURÉAT (PRIX MARCÉ — 1893) DE L'ÉCOLE DE NANTES
ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX DE PARIS

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4

1896

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22323934

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie des Sciences
et de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-6 OCT 96
LIBRARY

INTRODUCTION

La splénectomie a donné dans les divers cas où elle a été tentée des résultats très variables : la statistique le prouve avec évidence. Comme plusieurs autres opérations graves, elle a cessé, depuis ces dernières années, d'être une intervention très rare : le temps est loin où on la considérait comme une curiosité. Les résultats très inégaux obtenus dans les différentes éventualités où on a eu recours à elle, permettent de préjuger que ses indications varient suivant les cas.

Nous voulons rechercher dans cette thèse si la splénectomie est une opération légitime dans l'hypertrophie malarique de la rate.

Sans refaire son histoire, répétée à satiété dans différents travaux publiés sur ce sujet, et au début de plusieurs observations, il est intéressant de savoir comment l'opération a été appréciée jusqu'ici.

Pour nous former une opinion, nous consulterons les faits ; nous verrons quelles ont été ses suites prochaines et éloignées, ses causes d'insuccès.

Nous dirons quelles raisons poussent à l'opération les malades porteurs de grosses rates palustres, ou permettent au chirurgien de la leur conseiller. Puis, nous exposerons les ressources et les résultats de la thérapeutique médicale.

Le dernière partie sera réservée à l'étude des contre-indications et des indications spéciales de la splénectomie.

Les conclusions que nous formulons à la fin de ce travail, seront peut-être modifiées par les statistiques de l'avenir ; les succès se feront plus nombreux à mesure que se préciseront les indications de la splénectomie et que les procédés de la chirurgie iront se perfectionnant. Il nous a semblé cependant, qu'il n'était pas prématuré de chercher dès maintenant à établir la valeur de cette opération.

Nous remercions M. Vignard, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de Nantes, de l'observation qui fait le sujet de cette thèse, et surtout des conseils qu'il nous a souvent donnés au cours de nos études.

M. Hartmann nous a aidé de son expérience, et a gracieusement mis à notre disposition plusieurs observations reproduites dans cette thèse ; nous tenons à dire ici tout ce que nous lui devons.

M. Pilliet a bien voulu pratiquer, avec l'autorité que l'on sait, l'examen histologique de la rate enlevée par M. Vignard.

Nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à nos chefs de service dans les hôpitaux de Paris, MM. de Saint-Germain, Babinski, et Launois.

Mais avant tout, nous tenons à exprimer notre gratitude à ceux qui furent nos premiers maîtres à l'Ecole et dans les hôpitaux de Nantes, en particulier à MM. Joüon, Malherbe, Kirchberg, Boiffin, Guillemet, Heurtaux, Trastour pour les excellents conseils qu'ils nous ont prodigués, et la haute idée qu'ils nous ont donnée de la pratique de l'art médical.

CHAPITRE PREMIER

Avant d'aborder l'étude des indications de la splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate, il nous paraît intéressant de rechercher comment cette opération a été jugée par la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question.

Dans la seconde partie de sa thèse, Magdelain (1868), après avoir remarqué que tous les faits de splénotomies totales ou partielles pratiquées à la suite de traumatisme ont été suivis de guérison, se contente d'ajouter : « Il ne m'appartient pas de dire à quel point l'hypertrophie de la rate devient une contre-indication à la splénotomie. »

En 1876 paraît la thèse de Barrault : l'appréciation qu'elle contient vient d'être citée : « Il n'est pas douteux, dit-il, qu'on ne doive absolument s'abstenir de toute intervention chirurgicale à l'égard des hypertrophies secondaires. Contre les hypertrophies paludéennes, on a le sulfate de quinine, l'arsenic, l'électricité, et, dans les cas invétérés et rebelles, l'hydrothérapie. »

Le coup le plus rude devait être porté par celui-là même qui réhabilita la splénectomie, presque tombée dans l'oubli depuis la première tentative de Zaccarelli (1549), et en démontra la valeur thérapeutique. Péan, en 1880, écrit dans son *Traité des*

tumeurs de l'abdomen et du bassin (p. 1041) : « Dans l'hypertrophie, à la suite d'intoxication paludéenne, les résultats ont été meilleurs que dans la leucocythémie. Ce fut dans une affection de ce genre que Zaccarelli obtint un succès, mais les deux opérés de Kuchler et de Volney-Dorsay moururent. Sans nous occuper davantage de ces chiffres, nous pensons qu'il ne faudrait pas tenter l'extirpation de la rate chez un paludique, car, ou bien l'individu est cachectique et alors extirper la rate ne pourrait remédier au mal, ou bien la maladie n'est pas aussi avancée, et alors on aura raison de la tumeur splénique grâce au sulfate de quinine, à l'arsenic, à l'électricité, à une hydrothérapie méthodique. »

Plus implacable encore est la sévérité des auteurs des deux Dictionnaires. Dans le Dict. Jaccoud (art. Rate), Jeannel dit : « Extirper chez l'homme la rate hypertrophiée ou atteinte de tumeurs diverses, c'est là une de ces téméraires entreprises que l'on ose à peine qualifier de chirurgicales, et que les trois succès obtenus par Zaccarelli (1549), Péan (1867-76), ne sauraient justifier.

Extirper avec préméditation une rate paludéenne ou leucocythémique, ou cancéreuse, c'est non seulement aller au devant d'une mort à peu près certaine dans les 24 heures au plus tard, mais même, en supposant le succès opératoire, c'est thérapeutiquement inutile. »

L'article Splénotomie, de Daniel Mollière, dans le *Dict. Encyclopédique* (1883), contient cette conclusion moins pessimiste : « La splénotomie est une opération possible, dont les indications se multiplieront sans doute avec les progrès de la chirurgie ; mais aujourd'hui, ce n'est encore qu'une ressource ultime, à laquelle on ne doit avoir recours que chez les malades perdus à courte échéance. »

Gilson, dans une étude consacrée à la splénotomie (*Rev. de*

Chir., 1885, p. 324), déclare que « dans l'hypertrophie symptomatique, la splénotomie est absolument contre-indiquée. » Exception est faite pour les cas de rate mobile où le diagnostic des adhérences est extrêmement facile et l'hémorrhagie moins à craindre.

Spencer Wells (*Lancet*, 1888, p. 724), à propos d'une splénectomie faite par lui, expose les statistiques du prof. Adelmann, pour montrer comment, sur 53 cas rassemblés jusqu'en 1887, le résultat dépend de la nature de la maladie qui a conduit à l'opération. Il concluait en disant que « puisque les « résultats de la splénectomie étaient allés s'améliorant depuis « les 30 dernières années, nous pouvions espérer que, grâce « au progrès de nos connaissances, et à une plus grande expé- « rience, on obtiendrait des résultats meilleurs encore. »

Nikolaï Sokoloff (1889), étudiant les faits rassemblés par Adelmann, Roswell Park, Mac Cann, Liebmann, Kocher, Orlowski, Wright, Mac Graw, Lawson Tait, Spencer Wells, Haas, admet l'indication de la splénectomie dans les cas graves, et non dans les cas légers de rate mobile ; quant à l'hypertrophie secondaire, quelle qu'en soit la cause, elle doit être écartée de la liste des indications de la splénectomie.

En 1892, M. Marchand, exposant et critiquant un fait que nous rapportons au cours de cette thèse, termine en concluant que, « en présence d'un bon diagnostic établissant l'origine hypertrophique simple, leucémique, paludéenne, ou même secondaire d'une intumescence splénique, à moins de circonstances spéciales qu'il est difficile de prévoir, la plus grande retenue s'imposera au point de vue d'une action chirurgicale qui, souvent, fut d'une utilité très restreinte, mais a présenté et présente encore une léthalité considérable. »

En résumé, l'ablation de la rate pour hypertrophie malarique a été, en général, très sévèrement jugée. M. Quénu (*Traité de*

Chir., tome VII, p. 203) se montre très réservé sur les indications de la splénectomie dans ce cas particulier. Sur 7 extirpations pour hypersplénie palustre rapportée dans la statistique d'Adelmann exposée dans le *Traité*, on ne relève que deux guérisons. Plusieurs auteurs n'ont même pas hésité à égaler la gravité de cette opération à celle de la splénectomie pour hypertrophie leucémique. Il convient d'examiner si la connaissance de faits nouveaux ne doit pas modifier cette manière de voir.

CHAPITRE II

Gravité de l'opération.

Nous avons rassemblé 33 observations de splénectomie pour hypertrophie palustre, les suites opératoires se chiffrent par 21 guérisons, et un passif de 12 morts. Sur les 21 cas heureux, 9 se rapportent à des rates en ectopie ; dans les insuccès, on ne relève qu'une ectopie splénique, encore y avait-il coexistence de leucémie. Joignons à ces faits trois cas de Tricomi, sur lesquels nous n'avons qu'une note succincte de l'auteur, terminés par la guérison.

La thèse de Lieffring renferme de nombreuses observations de splénectomie pour ectopie de la rate.

L'origine malarienne de l'hypersplénie est nettement établie dans 11 cas : ce sont ceux de Albert, Mac Cann, Casini, Mac Graw, Spencer Wells, Lawbrason, Turetta, Montenovesi, Gangitano, enfin la première observation de Hartmann. Toutes ces tentatives ont été couronnées de succès.

Au total, nous possédons 47 faits, dont 35 ont abouti à la guérison, 12 à la mort ; sur ces 35 guérisons, dans 20 cas il y avait ectopie de la rate.

La proportion des succès est de 74,4 0/0. Mais, si l'on défalque les cas d'ectopie, elle s'abaisse à 59 0/0.

Le ceofficient de la mortalité dans la splénectomie pour hypertrophie palustre est donc fort élevé. Quelles sont les causes de la mort et les facteurs de gravité de cette opération ?

De l'étude des faits colligés à la fin de cette thèse résulte cette première conclusion : la cause la plus fréquente de mort est l'hémorrhagie.

La rate hypertrophiée constitue un énorme réservoir de sang ; d'où la gravité des déchirures de son parenchyme.

Les vaisseaux qui l'alimentent, déjà volumineux à l'état normal, acquièrent un développement considérable.

La veine liénale, chez la malade de Nilsen, avait le calibre d'une anse d'intestin grêle. Plusieurs chirurgiens expriment l'émotion dont ils n'ont pu se défendre en attaquant une tumeur si abondamment pourvue de vaisseaux importants par leurs dimensions et leur nombre.

Les ligaments normaux sont sillonnés par des artères et par des veines d'un volume notable. Enfin les adhérences souvent très étendues, constituent un danger plus grave encore et sont la source d'hémorrhagies difficiles à maîtriser.

Deux fois (obs. de Kuchler et 1re obs. de Putti) l'hémorrhagie fatale est imputable à une faute opératoire : le chirurgien avait oublié de lier, ou insuffisamment lié une branche artérielle. Il s'agit là uniquement de négligence dans la technique des ligatures, et de pareils échecs sont évitables.

La rupture accidentelle des veines au cours de l'extirpation de la rate peut créer un danger sérieux. Elle est fréquemment consignée dans nos observations.

Podrez signale une rupture de la veine splénique ; même accident est arrivé à Meerovitsh.

Kammerer rapporte qu'une petite déchirure survenue dans l'une des veines de la tumeur a donné naissance à une hémorrhagie sérieuse. La malade de Postempski court de

grands dangers, à la suite de la rupture d'une des grosses veines du pédicule. Harkoe note aussi la présence de veines très grosses à parois minces. Le pédicule de la rate extirpée par M. Vignard contenait des veines de la grosseur du petit doigt; une hémorrhagie « due probablement à la déchirure de veines d'une friabilité excessive », oblige à l'opérateur à lier en masse le pédicule.

L'hémorrhagie veineuse ainsi produite n'est pas mortelle, mais elle a suffi dans certains cas, à compliquer sérieusement l'opération.

Une autre source d'hémorrhagie est la déchirure du parenchyme splénique. Nous en connaissons trois exemples frappants : dans l'obs. II de Putti, une déchirure de la capsule et de la pulpe laisse sourdre un flot de sang et nécessite le tamponnement. A la suite d'une hémorrhagie importante survenue au niveau d'une déchirure de la tumeur Grübe se voit forcé de terminer promptement l'intervention. L'accident s'était produit au cours des tractions exercées pour dégager la rate de la cavité abdominale.

Chez quelques autres malades l'hémorrhagie a été post-opératoire, et s'est déclarée au niveau des adhérences. Le chirurgien trop confiant, referme l'abdomen après avoir tamponné les régions qui saignaient ; une hémorrhagie sourde, par suintement se produit dans les heures qui suivent; le malade s'affaiblit, présente les symptômes de l'anémie aiguë et meurt. Parmi les adhérences que la tumeur peut contracter, il en est qui sont, en raison de leur siège, particulièrement dangereuses : ce sont les adhérences au diaphragme, situées dans une région difficilement accessible, où le pincement des vaisseaux et leur tamponnement est malaisé malgré la largeur des incisions. Cette circonstance malheureuse se retrouve dans les cas de Czerny, de Hatch et de Kammerer.

Comme toute extirpation de tumeur abdominale, la splénectomie expose davantage à l'hémorrhagie quand il existe des adhérences étendues. Reste à déterminer si le paludisme lui-même prédispose aux hémorrhagies ou les aggrave.

Le paludisme chronique a été rangé au nombre des causes d'hémophilie. Il peut se traduire par des manifestations, telles que les épistaxis, les métrorrhagies, les pétéchies. Chez les paludéens cachectiques, le moindre trauma peut servir de prétexte à des écoulements sanguins abondants. Un fait nous paraît digne de remarque : pendant l'opération, chez les malades de Fuchs de Bihar, de Kœberlé, de Hatch, de Meerovitsh, les lèvres de l'incision abdominale deviennent le siège d'une hémorrhagie assez notable pour avoir été consignée preuve évidente de la tendance que présentaient ces opérés.

Connaissant ces particularités, on s'explique les hémorrhagies rebelles par suintement à la surface de sections des adhérences étendues, en chevelu qu'offrent certaines rates palustres. Mais sans oublier les enseignements de Verneuil sur le rôle des diathèses, il est permis de croire que l'hémophilie complique rarement le paludisme chronique : de nombreux succès chirurgicaux le prouvent. Elle appartient sans doute aux périodes avancées de la maladie, où la déchéance prononcée du sujet doit exclure toute idée d'opération. Catrin rapporte qu'aux Indes, Mac Namarra, Duka, etc..., n'ont jamais vu d'hémorrhagies, malgré de nombreuses opérations pratiquées sur des Bengalis.

Il est une autre circonstance qui place les paludéens dans des circonstances défavorables pour résister à la splénectomie : l'anémie. Les malades, en dehors de leur état de débilitation, sont foncièrement anémiques. L'action déglobulisants de la malaria est constante. Cette altération du sang est, avec la splénomégalie, le symptôme dominant du paludisme chronique :

« L'anémie et l'hypersplénie sont les deux symptômes primordiaux de la malaria chronique » (Catrin.)

Exposer de pareils malades à des chances d'hémorrhagies sérieuses est une grave résolution. Il est certain qu'ils supportent mal les déperditions sanguines abondantes susceptibles de survenir au cours de l'opération, suivant les différents modes que nous avons étudiés.

La seconde cause importante de mort est le choc ; et quelquefois le choc et l'hémorrhagie coexistent.

On est loin de s'entendre sur la valeur de ce terme. Il est probable que certaines issues fatales ressortissent plutôt à l'hémorrhagie qu'au choc opératoire.

L'opérée de Chiarleoni meurt d'hémorrhagie et de choc : les adhérences étaient très nombreuses, il se produisit une hémorrhagie en nappe très abondante ; celle de Bergmann, « d'hémorrhagie et de prostration ». Le malade de Meerovitsh avait également subi une perte de sang notable pendant l'opération, en raison de l'étendue des adhérences ; il en fut de même dans le cas malheureux de Kammerer. Des remarques précédentes, il résulte que certains décès opératoires imputés au choc s'expliquent aussi bien par l'hémorrhagie.

Cette réserve faite, il n'en reste pas moins que la splénectomie doit exposer particulièrement au choc opératoire. La rate occupe une région particulièrement riche en plexus nerveux. « Pour ce qui est du choc, déclare Spanton (*Brit. Med.*, 2 novembre 1895), il est facile de comprendre combien il doit être redoutable en raison des connexions intimes de la rate avec le large plexus solaire, mais dans la plupart des cas cités, je trouve qu'il commença à se manifester, quand on essaya d'extraire la rate de l'abdomen. Dans mon dernier cas de splénectomie, je fus frappé de ce fait que le choc pouvait aussi bien être déterminé par le tiraillement sur le diaphragme que

par des manœuvres portant sur le pédicule gastro-splénique. Partant de ce point, je résolus de commencer par sectionner le ligament suspenseur. Il fut tranché, lié, et abandonné dans la cavité, et dès lors tout signe de collapsus ou de choc disparut. J'estime que c'est là un point important, car si nous pouvons ainsi surmonter la première tendance au choc, en même temps qu'on libère le pédicule propre, une des plus grosses difficultés est résolue. »

Les manœuvres que nécessite l'extraction de la rate hypertrophiée seront d'autant plus pénibles et plus longues que les adhérences seront plus étendues.

« L'action dépressive de toute laparotomie qui dure plus d'une heure est aggravée dans des proportions considérables. » (S. Pozzi). Or, certaines splénectomies ont duré trois heures.

La péritonite est enfin mentionnée deux fois comme cause de mort. Il s'agit évidemment là d'une complication évitable, désormais rare en chirurgie abdominale.

CHAPITRE III

Les troubles fonctionnels, les dangers auxquels, expose la splénomégalie palustre sont-ils une raison suffisante pour justifier une grave intervention ?

Le plus souvent, c'est la douleur qui rend difficile la vie des malades et les empêche de vaquer à leurs occupations. Ses degrés sont variables. Au début ce n'est qu'une splénalgie légère, sensation plutôt gênante que pénible, qui a permis quelquefois de dépister certaines formes latentes de paludisme chronique. Mais son acuité peut augmenter à un tel point que les rateleux réclament à tout prix l'opération. De l'hypochondre gauche, son siège d'élection, elle irradie aux lombes, à l'épaule gauche, dans le pelvis, l'abdomen. Parfois elle est subite, syncopale, réveillée brusquement par les efforts de toux ; ordinairement les malades ressentent une pesanteur qui entrave les mouvements et la marche, s'exaspère sous l'influence des travaux musculaires, et condamne enfin les paludéens à l'inaction.

Le décubitus latéral gauche devient assez fréquemment impossible. La douleur peut augmenter dans le décubitus dorsal et devenir une cause d'insomnie.

Un cortège de symptômes divers l'accompagnent, dyspnée par refoulement ou tiraillement du diaphragme, palpitations, vertiges.

Dans les cas extrêmes, la tumeur occupe tout le côté gauche de l'abdomen, atteint ou même dépasse l'ombilic et envahit le côté droit ; elle cause alors des symptômes de voisinage importants : les compressions vasculaires, viscérales, nerveuses provoquent divers troubles qu'il est facile de prévoir.

Elle joue vraisemblablement un rôle dans la genèse de l'œdème des membres inférieurs souvent noté chez les paludéens.

Les compressions viscérales priment les autres par leur importance ; la rate tiraille l'estomac, comprime l'intestin, la vessie. Elle peut devenir ainsi la cause de vomissements, d'anorexie, d'occlusion intestinale, de dysurie.

Nous ne revenons pas sur les compressions nerveuses. Il convient cependant de noter que les crises douloureuses aiguës peuvent traduire les poussées péritonitiques fréquentes ; la périsplénite est en effet la règle.

Les troubles sont portés au maximum dans le cas d'ectopie de la rate. Parfois se produisent des exacerbations accompagnées de nausées et de vomissements, des palpitations, des tremblements nerveux, des attaques épileptiformes. Les troubles digestifs. dyspepsie, flatulence, anorexie, l'atonie intestinale, la constipation sont plus marqués.

Mais ce qui constitue la gravité particulière de l'hypertrophie accompagnée d'ectopie, c'est la possibilité de complications graves que nous nous bornons à énumérer : la torsion du pédicule (cas de M. Hartmann, de Helm et de Klob) et l'étranglement interne, conduisant à la péritonite (cas de Coomans). (Th. de Lieffring).

Ceci nous amène à dire un mot d'autres complications de l'hypertrophie malarique de la rate que nous devons mentionner, malgré leur rareté.

La rupture de la rate peut être spontanée ou traumatique. « Les altérations de l'infection paludique sont au premier rang de celles qui prédisposent le plus à la rupture de la rate » (Quénu). « Le trauma est toujours nécessaire, mais un effort musculaire suffit, la toux, le vomissement également ». Collin a recommandé, dans l'exploration de la rate, de s'abstenir de la « percussion orthodoxe » chez les paludéens. Il y a quelques mois, M. Catrin conseillait de préférer le procédé de l'effleurement à la palpation ordinaire, trop brutale pour un viscère susceptible de se rompre.

On raconte l'histoire d'un malade qui, dans le cours d'une discussion, en proie à une vive colère, s'affaissa tout à coup et mourut rapidement.

L'autopsie permit de constater une rupture splénique.

Des ruptures spontanées peuvent survenir au cours d'un accès de fièvre. Il se produit alors un afflux de sang considérable du côté de la rate dont l'enveloppe présente des parties épaissies à côté d'autres normales ou même amincies; de plus l'extension est limitée par des adhérences. Ce sont toujours de vieux impaludés à la rate volumineuse qui sont victimes de cet accident généralement mortel par l'hémorrhagie interne qu'il détermine.

Signalons la possibilité d'abcès de la rate; leur pronostic est moins grave. Ils peuvent guérir après évacuation spontanée, mais aussi provoquer une péritonite mortelle.

Nous nous bornons à mentionner la gangrène de la rate et la dégénérescence amyloïde.

En résumé, les complications de l'hypertrophie malarique sont rares, mais d'une notable gravité. Leur possibilité est une

menace d'accidents redoutables ; toutefois leur fréquence n'est pas telle qu'elle suffise à constituer une indication de la splénectomie.

Sans sortir des limites de notre sujet, il nous paraît opportun de chercher à établir la valeur de la splénectomie dirigée contre les complications de l'hypersplénie.

Nous laissons à dessein de côté l'ectopie, nous réservant d'y revenir plus tard ; elle n'est pas à vrai dire une complication, mais bien plutôt une circonstance heureuse.

Nous ne connaissons pas d'observation des plénectomie pour gangrène de la rate. Dans les deux cas rapportés par Collin, la mort survint par péritonite aiguë à la suite d'une rupture de la capsule.

La dégénérescence amyloïde se montre dans des états le plus souvent très graves, excluant toute idée d'intervention.

Restent deux ordres d'accidents : la rupture et les abcès de la rate ; essayons de déterminer si dans l'une ou dans l'autre de ces complications le splénectomie peut trouver une indication.

Il ne nous appartient pas de reconnaître si les abcès de la rate sont dus à l'agent même de la malaria, ou à une infection surajoutée. Zuber en rapporte 2 observations suivies de mort, sur les 16 qui composent son travail paru dans la *Revue de médecine* de 1882 (p. 928). Ils sont souvent méconnus ; leur symptomatologie est « des plus obscures ». « Il faut rechercher cette complication chez les paludéens à rate grosse qui accusent à un moment donné des douleurs à l'hypochondre gauche en même temps qu'apparaissent des phénomènes fébriles à forme intermittente ou rémittente. On trouve alors sous le rebord costal une tuméfaction douloureuse, mate, mal limitée ; parfois il s'y ajoute des phénomènes dépendant de la réaction du péritoine. Peu à peu la voussure de la région splénique augmente, la fluctuation peut être perçue. » (Quénu). Fassina (Th. de

Paris, 1888-1889), rapporte deux guérisons, l'une par ponction, l'autre par incision, lavage antiseptique et drainage (Obs. IV et VIII, *loc. cit.*)

Le traitement de choix paraît être l'incision large ; l'expérience a prouvé que cette méthode donnait de beaux résultats. Myers a pratiqué la splénectomie dans un cas où la rate hypertrophiée par la malaria pesait sept livres. Il s'agissait d'une rate ectopiée. Son observation se trouve rapportée plus loin.

Quénu n'approuve cette conduite que si le kyste purulent se présente libre ou à peu près libre d'adhérences, ou encore lorsque l'abcès s'est développé dans une rate antérieurement malade ou hypertrophiée, ce qui est le cas dans l'hypersplénie paludéenne.

L'idée d'extirper la rate est aussi venue à l'esprit des chirurgiens qui ont eu l'occasion de soigner des cas de rupture. Vincent (*Rev. de chir.* 1893) et Brandstetter (Thèse 1892-93) ont étudié cette question dans des travaux récents. On peut être appelé à intervenir dans la forme subaiguë, quand l'importance et la soudaineté de l'hémorrhagie n'enlèvent pas le malade aussitôt après l'accident. Une conduite active paraît d'autant plus légitime que la mort est la suite presque constante de la rupture de la rate. Collin relate huit ruptures de ce genre chez les paludiques, et conclut qu'il n'y a guère de lésions qui doivent faire porter un pronostic plus sinistre. Le plus souvent, les observations assez nombreuses de Collin et de Vincent en font foi, l'issue fatale est le fait de l'hémorrhagie, « l'hémostase naturelle n'ayant pas de tendance à se faire dans le tissu splénique en raison de la structure de la rate et des altérations pathologiques que cet organe a subies » ; si le malade ne succombe pas aussitôt, il peut être emporté plus tard par une péritonite.

A ce propos, nous croyons utile de résumer brièvement l'observation de Vincent : un malade de 37 ans fait une chute et le côté gauche porte sur une branche d'arbre. Il ressent bientôt une vive douleur. Le lendemain, 12 mars 1891, il entre à l'hôpital. Ventre tuméfié et douloureux. Pouls filiforme. Sachant que le malade est un paludéen, le docteur Trabut pense à une rupture de la rate accompagnée d'un début de péritonite.

Le 17 mars, t. 38°5, figure anxieuse, pouls petit, matité très étendue dans la partie gauche de l'abdomen, tympanisme dans le flanc et l'hypochondre droits ; l'espace de Traube a disparu, le cœur et le poumon sont refoulés. Le malade vomit tout ce qu'il prend.

Le 21 mars, les symptômes s'amendent ; une énorme collection fluctuante est reconnue dans le flanc, l'hypochondre gauche et la région ombilicale. Dyspnée très accentuée. Laparotomie : on ouvre une vaste cavité renfermant 2 litres 1/2 de sang (liquide et caillots) ; il existe une solution de continuité recouverte d'exsudats à la face externe de la rate. Lavage à l'eau bouillie, drainage ; pansement antiseptique. Dès le lendemain, les troubles digestifs et les douleurs abdominales disparaissent. Depuis, l'aspect terreux des téguments s'est atténué, et de l'embonpoint est survenu, tout cela sans le moindre accès de fièvre. Au bout de trois mois, cicatrisation complète.

En thèse générale, le diagnostic de rupture de la rate ne peut qu'être soupçonné. Le cas suivant est vraiment exceptionnel. Il s'agit (obs. IX de Vincent) d'une énorme hypertrophie de la rate prise et opérée pour un kyste de l'ovaire. Au cours de la laparotomie, le chirurgien déchire par mégarde le tissu splénique : ses doigts pénètrent dans le parenchyme et déterminent une solution de continuité de 8 centimètres sur 6 millimètres. On essaye la suture, mais les tissus ne résistent pas. Ne voulant

pas faire courir à la malade les risques de l'extirpation, on établit un drainage à la gaze iodoformée. Guérison rapide, sauf la formation d'une fistulette qui se referme huit mois après. A cette époque, Vincent constate la disparition totale de l'hypertrophie splénique. « C'est à se demander s'il reste encore à sa place normale une portion de rate. »

« C'est un spectacle singulier, ajoute l'auteur, que de voir, quelques mois après une laparotomie accompagnée d'une déchirure de la rate, sur une longueur de quelques centimètres, cette tumeur, évaluée à plusieurs kilogrammes, s'évanouir en quelque sorte alors que l'on sait le peu de résultat que donnent les traitements les plus variés et les plus suivis chez les paludiques pour diminuer le volume des hypertrophies spléniques.»

Nous nous bornons è rapprocher ce second fait du cas observé par Raymond, que nous citons plus loin. Il nous est moins facile encore de comprendre la guérison d'une hypersplénie malarique après une laparotomie que la cure de certaines formes de péritonites tuberculeuses par le même procédé devenu classique depuis la bienheureuse erreur de Spencer Wells.

Quénu estime que l'on doit ranger les ruptures de la rate au nombre des indications de la splénectomie « sans s'illusionner sur la fréquence des cas où l'on pourra mettre à profit cette opération. »

Vincent préconise la laparotomie pour donner issue à l'épanchement sanguin dans les cas où le malade aura survécu quelque temps au traumatisme.

Il est difficile d'admettre que la rupture de la rate hypertrophiée par la malaria commande la splénectomie. Entreprendre cette opération chez un impaludé qui vient de perdre une notable quantité de sang, c'est courir au devant d'un échec probable.

Ce que nous savons de la gravité de la splénectomie nous

fait craindre que le malade ne pourrait supporter les frais de l'hémorrhagie opératoire à laquelle expose, en général, la splénectomie ; la dépression nerveuse se joindrait à l'anémie pour déterminer l'issue fatale. Mais les données cliniques nous font défaut pour juger cette question en connaissance de cause.

CHAPITRE IV

Résultats du traitement médical.

La notion de la gravité encore considérable de la splénectomie nous amène naturellement à discuter la valeur du traitement médical de la splénomégalie. La thérapeutique a mis contre elle en œuvre ses multiples ressources que nous tenons à indiquer sommairement.

« Au début de la période de l'engorgement splénique, la quinine pourra avoir quelque influence sur la diminution du volume de la rate.

Piorry affirmait qu'il suffit de mettre un peu de sulfate de quinine dans la bouche d'un paludéen pour voir quelques instants après l'hypersplénie s'amender.

Il y a dans cette affirmation une notable exagération, toutefois la quinine ne sera réellement inefficace que lorsque le processus scléreux aura commencé à se produire. » (Catrin.)

Plus tard, à la période de tuméfaction chronique, M. le professeur Rendu croit préférable d'administrer le quinquina sous forme de poudre, à dose un peu forte, comme le conseillait Trousseau. La quantité journalière doit atteindre 6 à 8 grammes.

Les révulsifs de toute nature ont été appliqués sur la région

splénique : teinture d'iode, vésicatoires, ventouses sèches ou scarifiées, moxas, cautères (Chauffard), séton.

« Il est bon de faire observer, dit Catrin, qu'il est toujours dangereux de produire chez les impaludés chroniques des plaies suppurantes ou non, car le phagédénisme en est une assez fréquente complication. »

Monfalcon a vu une gangrène étendue après l'application d'un seul vésicatoire.

Mossler a obtenu des succès par les applications de glace sur la région splénique, combinées à des injections de chlorhydrate de quinine.

On a essayé encore les injections intra-parenchymateuses d'acide phénique au vingtième, de liqueur de Fowler. Rouquette a employé les injections d'ergotine dans la pulpe splénique. « Une seule injection aurait suffi souvent pour amener la guérison. »

D'autres médicaments encore ont été employés, dont la valeur reste très douteuse.

Botkin, s'inspirant d'une expérience de Cl. Bernard, la diminution du volume de la rate normale sous l'influence des courants induits, a essayé l'électrisation dans les cas d'hypersplénie. Il a vu plusieurs fois une diminution de volume se produire.

Kelsch, dans un cas de splénomégalie récente, obtint un succès par le même procédé.

« On a encore appliqué, mais sans grand succès, des ceintures et des bandages compressifs. » Ce dernier moyen peut être d'une réelle utilité dans le cas où l'hypersplénie se complique d'ectopie de la rate. Il est alors dirigé non contre l'hypertrophie mais contre le déplacement de l'organe.

Reste encore un moyen héroïque parfois, l'hydrothérapie prônée par Fleury qui en obtint des résultats merveilleux,

reconnue par M. Catrin, vivement recommandée par M. le professeur Rendu.

Nous ne contestons pas la valeur thérapeutique de quelques-unes de ces médications. Il est probable que les succès obtenus l'ont été surtout dans les cas où le processus de sclérose n'était qu'à son début. A une période plus avancée, quand la cirrhose s'accuse, quand les lésions interstitielles se prononcent, il est à craindre que les procédés énumérés plus haut ne restent totalement infructueux.

La majorité des malades qui font le sujet de nos observations avaient été d'abord soumis à des traitements médicaux variés. Il est logique d'essayer d'abord le quinquina, l'arsenic, l'hydrothérapie : c'est par eux qu'on engage naturellement la lutte contre l'hypersplénie. En cas d'échec, si la tumeur est la cause de troubles majeurs, il reste une dernière ressource : l'ablation. Bien souvent on ne s'y résoudra qu'en désespoir de cause, en raison du taux élevé de la léthalité dans la splénectomie. L'occasion est bonne de rechercher quel soulagement elle apporte dans l'état des malades, quelles sont les suites éloignées de l'extirpation de la rate chez les paludéens.

CHAPITRE V

Suites éloignées de la splénectomie.

Il est constant que la splénectomie n'apporte pas de troubles dans la santé générale; on a noté quelques altérations de courte durée, une augmentation passagère dans le nombre des globules blancs. Nous ne voulons pas revenir ici sur cette question souvent traitée de l'innocuité de l'ablation de la rate. Au point de vue spécial où nous nous sommes placé, il nous reste à exposer d'autres considérations.

L'impaludé guéri de la splénectomie, délivré de la tumeur qui rendait sa vie insupportable et lui faisait préférer les risques d'une opération grave à la perspective d'une existence pénible, ne se trouve-t-il pas dans des conditions désavantageuses de résistance vis-à-vis de l'agent de la malaria ?

Pour éclaircir ce problème, nous devons tenir compte des expériences de laboratoire, mais aussi et surtout des enseignements de la clinique.

Tous les observateurs, depuis Hippocrate, ont été frappés du retentissement sur la rate de la fièvre intermittente. « De toutes les infections microbiennes, l'infection due à l'hématozoaire de Laveran est celle qui fait sur la rate l'impression la plus profonde. » (F. Bezançon.)

L'hypertrophie apparaît dès le premier accès ; elle est déjà appréciable au début du stade de froid (Griesinger) ; elle augmente dans le stade de chaleur pour diminuer au stade de sueurs. Plus tard, sous l'influence d'accès répétés, ou sans qu'il y ait de manifestations fébriles, sous l'action d'une intoxication malarique prolongée, l'hypertrophie chronique se constitue.

La plupart des auteurs admettent qu'elle est la règle. Collin dit qu'en cas de récidive de fièvre intermittente, il a trouvé l'hypertrophie 491 fois sur 491 cas.

D'autre part, les travaux de Laveran ont établi que la cause de la malaria réside dans la présence d'un agent infectieux : l'oscillaria.

L'hématozoaire quitte la circulation générale dans l'intervalle des accès aigus pour se réfugier dans la rate.

Dans le paludisme chronique, l'agent infectieux a pris possession de l'organisme en dehors même des accès ; il persiste dans la rate d'où il peut, à chaque instant, infecter l'organisme.

Ces données permettent de présumer que la rate joue un rôle important dans l'impaludisme. Quel est ce rôle ?

« D'éminents observateurs » ont placé dans la rate la cause de la malaria (Audouard).

Piorry, à propos de la relation d'une fièvre intermittente rebelle « déterminée par un déplacement en bas de la rate » soutint l'idée que c'est le tiraillement du plexus splénique qui cause dans ce cas les accès.

Bien différente de ces théories surannées, qui voyaient dans la rate la cause du mal, est la conception des auteurs modernes. La rate est peut-être un champ de bataille, un centre de phagocytose. « Dans la fièvre intermittente, ou à la suite des accès aigus, on voit les macrophages de la pulpe chargés de globules rouges contenant des hématozoaires. » (Bezançon.)

Si la rate n'est pas un organe de combat, elle pourrait être « un centre de production où se fabriquent, pour être portés aux points envahis, les leucocytes phagocytaires, véritables armes défensives de notre économie. »

Quelles que soient les attributions de la rate, il est certain qu'à la période de sclérose à laquelle tendent les lésions du paludisme chronique, le viscère est fonctionnellement supprimé et devient impropre à remplir son mandat. M. Pilliet a constaté une atrophie marquée des glomérules de Malpighi dans une rate malarique dont la description histologique est rapportée dans les comptes rendus de la Société de Biologie (oct. 1895); l'examen qu'il a bien voulu pratiquer de la tumeur extirpée par M. Vignard l'a conduit à un résultat analogue.

En demeurant dans le domaine de la clinique pure, on est porté à faire les remarques suivantes :

La splénectomie n'a pas produit de troubles importants dans l'état des malades qui ont survécu à l'intervention; c'est en vain qu'on a recherché quelquefois le développement possible de ganglions lymphatiques ou d'autres organes soupçonnés de jouer un rôle vicariant.

Le traumatisme opératoire ne détermine pas d'accès fébriles ; la crainte de réveiller la diathèse paludéenne est donc écartée.

En revanche, l'ablation de la rate, « repaire de l'oscillaria », ne met pas à l'abri des récidives de fièvre. D'ailleurs Bousquet, en 1860, avait rapporté l'histoire d'un homme sans rate ayant eu la fièvre intermittente.

Les récidives, notées chez quelques opérés (obs. II de Meerovitsh, obs. de Tizzoni et de Massopust), ne se sont pas montrées d'une gravité particulière. Après comme avant la splénectomie, le malade est un paludéen : c'est dire qu'il doit continuer à suivre le traitement de la malaria chronique.

La plupart des malades guéris ont grandement bénéficié de

leur opération. Ils sont devenus capables d'efforts, ont pu reprendre la vie active qui leur était impossible avant l'ablation de leur tumeur. Leurs troubles réflexes ont disparu. Leur poids a augmenté et même on a noté quelquefois (Postempski, Harkoe) un accroissement du nombre des hématies, nettement attribuable à la splénectomie.

CHAPITRE VI

Contre-indications.

Quelles sont les circonstances qui diminuent les chances de succès de l'opération ?

Elles paraissent être au nombre de quatre : la cachexie, la leucémie, le trop grand volume de la tumeur, des adhérences trop étendues. Il va sans dire, que nous n'envisageons ici que les contre-indications susceptibles de se rencontrer particulièrement chez les impaludés chroniques. Bien d'autres considérations pourront arrêter le chirurgien, sur lesquelles ce n'est pas le lieu de nous étendre.

Il n'est pas besoin d'insister sur les circonstances défavorables résultant d'un état avancé de cachexie. A cette période, les grandes fonctions sont entravées, les vomissements sont fréquents, les digestions pénibles, il y a souvent de l'anorexie, de la diarrhée ; le foie est gravement atteint, le plus souvent hypertrophié, rarement atrophié, les reins sont touchés, les urines renferment des cylindres, l'anémie est extrême, il y a en même temps hydrémie ; les œdèmes apparaissent, la cavité abdominale peut renfermer plusieurs litres de sérosité. Alors, « le corps est tout maladie » suivant l'expression de Trousseau.

Les opérés de Kœberlé et de Hatch sont des exemples frappants de cachexie palustre. Toute intervention risquée chez des sujets aussi débilités, ne peut aboutir qu'à un désastre. A cette période, les impaludés sont de véritables hémophiles, et d'autre part, leur état général ne leur permet pas de résister au choc opératoire, ni à une hémorrhagie notable.

La leucémie paraît être une contre-indication formelle. Elle accompagne quelquefois l'impaludisme, ce qui implique la nécessité de l'examen hématologique dans tous les cas. La statistique de Vulpius nous enseigne que sur 28 splénectomies pour leucémie, on a enregistré 25 morts ; soit une léthalité de 89.3 0/0. Bryant, cité par Greig Smith, estime qu'elle est « une insanité au point de vue physiologique, une témérité au point de vue chirurgical. » Quand elle existe dans le paludisme elle doit exclure toute idée d'intervention. Mais l'étude des faits prouve nettement, d'autre part, que l'on n'est plus autorisé à assimiler la gravité de la splénectomie dans l'hypertrophie malarique à celle qu'atteint cette opération quand elle est tentée dans l'hypertrophie leucémique.

Le poids de la tumeur est aussi un facteur important. Péan a établi cette loi qu'au delà de 3 à 4 kilogrammes, on doit s'abstenir d'enlever les grosses rates. On remarque en effet, d'une manière générale, que les succès ont été obtenus dans les cas de tumeur d'un volume moyen. Tricomi a publié récemment une liste de trois interventions heureuses concernant des rates d'un poids inférieur à 1.000 grammes.

Enfin, l'opération est particulièrement laborieuse et longue, elle expose d'autant plus à l'hémorrhagie et au choc que les adhérences sont plus étendues et plus résistantes.

Comme pour toute tumeur abdominale, il importe de savoir dans l'hypersplénie si la masse à enlever est mobile.

On essaiera de communiquer des mouvements à la rate, on

examinera si les modifications d'attitude du malade entraînent des changements dans la position du viscère. Il faut avouer du reste que bien souvent l'exploration la plus consciencieuse ne donnera que des renseignements insuffisants.

On tiendra compte de l'existence des poussées péritonitiques antérieures. L'observation de Conklyn est très démonstrative à cet égard : au cours d'une laparotomie pour kyste de l'ovaire on trouve (10 juin) une rate déplacée et hypertrophiée, libre d'adhérences, qu'il est facile de remettre dans sa situation normale. On enlève le kyste et on suture la paroi. Après des crises de douleurs et de vomissements, on est obligé, en raison de troubles divers d'avoir une seconde fois recours à la laparotomie (7 octobre), et cette fois on constate que la rate est adhérente à la paroi abdominale, à l'épiploon et à l'intestin.

Il existe même dans la littérature médicale, un cas où le chirurgien dut renoncer à l'extirpation de la rate en raison de l'étendue des adhérences. M. Marchand l'a rapporté à la Société de chirurgie en 1892 : « Une femme de 38 ans, qui a eu dans son enfance des accès de fièvre intermittente, présente depuis deux ans un ventre distendu par de l'ascite. Elle est très amaigrie et cachectique. A plusieurs reprises on avait pratiqué la paracentèse et, c'est à la suite de l'une d'elles, que l'on put sentir dans l'hypochondre gauche une tuméfaction volumineuse qui, par sa situation et son volume, ne permettait guère de méconnaître une rate très hypertrophiée. M. Raymond (de Limoges) voulut tenter une opération. Il fit une laparotomie qui devait être d'abord exploratrice et mener à la splénectomie si celle-ci était possible. Après ouverture du ventre, on trouva en effet une rate très volumineuse, mais dont l'extirpation était impossible en raison des nombreuses et solides adhérences qu'elle avait contractées avec tous les organes voisins. On fit un lavage abondant du péritoine et on referma le ventre. Dès le lende-

main, l'amélioration était manifeste; il y eut une polyurie considérable. L'œdème des membres inférieurs, qui existait depuis longtemps, disparut. Deux mois après, l'ascite ne s'était pas reproduite, et la rate avait notablement diminué de volume. »

On est involontairement porté à comparer cette observation curieuse à celle de Vincent, précédemment citée, sans qu'il soit possible de tirer de ce rapprochement des conclusions générales. Retenons de ces deux faits cette seule déduction : la parfaite innocuité, et même l'efficacité possible de la laparotomie exploratrice, dans les cas où les adhérences s'opposent à l'ablation de la tumeur.

CHAPITRE VII

Indications spéciales.

Existe-t-il des conditions spécialement favorables à l'ablation de la tumeur malarique ?

La liste déjà longue des succès obtenus dans les cas d'ectopie de la rate ne peut manquer d'attirer l'attention.

Nous jugeons inutile de reproduire ici les observations publiées dans la thèse récente de Lieffring. Nous joignons à leur nombre quelques faits moins connus, et de leur ensemble découlent ces conclusions :

Les troubles fonctionnels acquièrent leur maximum d'intensité quand l'hypertrophie splénique se complique d'ectopie ;

La splénectomie atteint son minimum de gravité quand la rate est en ectopie.

Ce résultat tient à des causes diverses : absences d'adhérences au diaphragme, situation de la tumeur dans une région plus facilement accessible, longueur du pédicule suffisante pour qu'on puisse le pincer et le lier aisément, réduction des chances d'hémorrhagie.

Enfin, nous terminons cette étude par une dernière remarque : quand la rate ectopiée se complique de torsion du

pédicule, il se produit des complications graves, aboutissant à la péritonite mortelle.

Dans un cas de ce genre, M. Hartmann pratiqua l'ablation de la rate (th. de Lieffring), et la guérison couronna sa tentative.

Cette conduite donne au malade la seule chance de salut qui lui reste ; aussi, nous croyons-nous autorisé à ajouter aux deux précédentes conclusions cette déduction :

Dans le cas où l'hypertrophie de la rate se complique d'ectopie et de torsion du pédicule, la splénectomie devient une opération d'urgence.

Observation I.

Cas de Zaccarelli et Fioravanti. — *Extirpation de la rate. Guérison.* (Fioravanti. *Del Tesoro della vita humana*, lib. II, cap. VIII.)

Une femme de 24 ans, à la suite d'une fièvre quarte, portait une rate très volumineuse. Membres inférieurs œdématiés et ulcérés.

Plusieurs médecins consultés conseillent d'enlever la rate. Le mari s'adresse à Fioravanti. Celui-ci propose l'opération à Zaccarelli, vieux chirurgien napolitain qui consent, à la condition que Fioravanti l'assiste.

En avril 1549, l'opération fut ainsi pratiquée : on incise en avant de la rate ; on isole l'organe de ses vaisseaux et de ses moyens d'union ; on l'enlève en entier ; la plaie est fermée par des sutures ; on laisse toutefois une petite ouverture (spiraccolo) pour l'écoulement des liquides. Guérison en 24 jours. La rate pesait 32 onces italiennes, soit 1.340 grammes.

Observation II.

Cas de Küchler. — *Mort deux heures après l'opération.* (*Extirpation eines Milz tumors.* Darmstadt, 1875).

Le docteur Küchler pratiqua l'extirpation d'une rate hypertrophiée chez un homme de 36 ans qui avait eu quatorze ans auparavant des fièvres intermittentes. Incision de 12 centimètres, commençant au dessous des côtes et suivant le bord externe du muscle grand droit gauche. L'opération se fit sans difficulté On lia de nombreux vaisseaux, le liquide contenu dans la cavité péritonéale fut évacué, on ferma la plaie au moyen de sutures ; mais le

malade succomba deux heures après l'opération à une hémorrhagie par un des branches de l'artère splénique qui n'avait pas été liée. La rate pesait 1 500 grammes. A l'autopsie, on trouva du sang dans la cavité pelvienne et une cirrhose atrophique du foie.

Observation III.

Cas de Fuchs de Bihar, 1877. — *Tumeur de la rate. Intoxication paludéenne. Leucémie légère. Splénotomie. Mort.* (*Schmidt's Jarbuch,* 1878, p. 159) Résumée.

Femme de 40 ans. Enorme tumeur de la rate nulle part adhérente Circonférence abdominale : 94 centimètres. Rien du côté des autres organes. Grande faiblesse empêchant tout travail. La malade réclame l'intervention chirurgicale. Opération le 18 mars 1877.

Incision le long de la ligne blanche. Légère hémorrhagie par les vaisseaux divisés, facilem nt arrêtée. Ouverture du péritoine. Pas d'adhérences. Vaisseaux volumineux. Section du pédicule qui, après sérieux examen, est rentré dans l'abdomen. Toilette de la cavité péritonéale. Suture et pansement. Durée, 1 h. 45. Perte de sang insignifiante. Injection d'éther et champagne pour relever l'état général de la malade qui est dans un état de faiblesse inquiétant. Quatre heures après, la T. monte à 40°5 et reste stationnaire. P. 142. Sueurs abondantes, soif intense, vomissements fréquents. Pouls à peine perceptible. Refroidissement graduel des extrémités. Mort dix-huit heures après l'opération.

Autopsie. Dans la cavité péritonéale, 3 à 4 grammes de sérosité sanguinolente. Pas de péritonite. Estomac et intestins très distendus. Foie graisseux, bronchite chronique. Epanchement de sérosité dans le péricarde. Rate 5.790 grammes, longueur 49 centimètres, largeur 39, épaisseur 15 centimètres.

Observation IV.

Cas de Czerny. — *Hypertrophie splénique. Leucémie. Splénotomie. Mort.* (*Wien. Med. Wochenschr*, 1879, n° 14.) (Obs. résumée).

Marie W., 24 ans, bien portante jusqu'à 18 ans, fut prise à cette

époque de fièvres intermittentes à type quotidien qui guérirent d'ailleurs rapidement. Devenue enceinte en avril 1877 elle accoucha au huitième mois ; pendant sa gestation, amaigrissement rapide, perte de forces, et apparition d'un œdème des pieds.

A son entrée à la clinique (23 novembre 1877), elle est en assez bon état. Foie hypertrophié débordant de quatre travers de doigt les fausses côtes, douloureux. Rate énorme : 32 centimètres de longueur sur 19. Traitement : ferrocitrate de quinine et acide salicylique. Le 12 décembre, la rate n'a plus que 28 centimètres sur 13. Sueurs profuses. En février 1878 périsplénite aiguë caractérisée par des frottements et de la douleur. Au commencement de juin, épistaxis violentes et répétées. Le 26 mai, la rate a 39 centimètres sur 22. Le 26, la malade, qui s'affaiblit de plus en plus, comprenant la gravité de son état, se résigne à courir la suprême chance d'une opération. P. 120. T. soir 38°, T. matin 37°.

Le foie déborde les côtes de 10 centimètres. Leucémie. On trouve 1 globule blanc pour 3 rouges le 5 mars.

Opération le 5 août. Incision médiane de 20 centimètres. On est obligé de lier 8 vaisseaux dans la paroi. La tumeur apparaît alors. Une bride constituée par une adhérence assez étendue qui réunit le foie et la rate est sectionné entre deux ligatures. La convexité de la tumeur est en grande partie unie à la paroi abdomidale et au diaphragme par des adhérences qui saignent sitôt qu'on essaye de les déchirer. Ligature des vaisseaux du hile et extirpation de la tumeur. 14 ligatures, toilette du péritoine. Réunion de la paroi par 11 sutures profondes et 15 superficielles. Pansement de Lister. Durée de l'opération : 2 h. 10.

T. 36° 7. P. 132. R. 18.

Au réveil la malade crie, se débat des pieds et des mains.

Morphine. Champagne. A 1 heure : P. 132, R. 52 ; visage couvert de sueurs. A 1 h. 20, pouls imperceptible, extrémités froides. A 2 heures cyanose du visage. Mort à 2 h. 30. Dimensions de la rate : longueur 34 centimètres ; largeur 10 centimètres ; épaisseur 9. Poids (vide de sang) : 3 kil. 886.

A l'autopsie, organes pâles et vides de sang ; infiltration sanguine du péritoine et du grand épiploon. La face inférieure du diaphragme est recouverte d'adhérences nombreuses infiltrées de sang.

En injectant de l'eau dans l'aorte et la veine porte, on trouve les gros vaisseaux bien oblitérés par les ligatures ; mais à la surface des adhérences sectionnées ou déchirées, l'eau suinte abondamment.

Observation V.

Cas de Chiarleoni. — *Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort.* (*Gaz. Méd. Lomb.*, avril 1881. *Medical Times*, avril 1881, p. 469.)

Femme atteinte de cachexie paludéenne. Rate hypertrophiée. Splénotomie à la Casa di Salute (Milan), le 27 mars 1881.

Opération laborieuse à cause de fortes et nombreuses adhérences existant entre le bord interne du foie, la rate et le diaphragme ; grande difficulté pour pratiquer les ligatures. Une hémorrhagie nappe très abondante, jointe à un épuisement nerveux profond amènent en quelques heures la mort de la malade.

Observation VI.

Splenectomy for wandering spleen, by Myers, Fort Wayne. (*Journal of american med. assoc.*, 1887, p. 371). (Obs. résumée.)

En novembre 1885, je suis appelé à la Grange pour voir Mrs Mc Kinley. Tumeur dans l'hypochondre gauche, douleur et sensation de poids dans la même région. Les symptômes et l'anamnèse montrent clairement qu'il s'agit d'une affection de la rate d'origine malarique. La malade a souffert de la fièvre tierce ; elle est faible, a des nausées et manifeste une tendance aux hémorrhagies.

Lors de ma première visite la tumeur occupait la région ombilicale.

Quinine à hautes doses, iodure de potassium.

En mai 1886, le mari m'avise que la tumeur a augmenté, qu'elle a descendu, et que sa femme est enceinte.

Le 2 octobre 1886, je suis mandé d'urgence. La malade a accouché d'un enfant vivant il y a trois semaines.

La tumeur repose sur la ceinture du bassin, et s'étend sous l'ombilic. Elle a suppuré, il existe trois fistules communiquant avec l'abcès. L'écoulement du pus rend la vie de cette femme presque intolérable. La malade est maigre; elle a des frissons et des sueurs profuses la nuit, l'appétit est perdu.

On la transporte à l'hôpital Saint-Joseph, à Fort Wayne. Son état d'épuisement est tel que l'on craint qu'elle ne survive pas à l'opération qui paraît la seule chance de salut.

Ethérisation. Incision médiane de 6 pouces, descendant à 2 pouces au dessous de la ligne blanche. L'ouverture du péritoine donne issue à un écoulement de liquide séro-purulent La tumeur est une rate indurée, très hypertrophiée, indurée, et située dans un abcès péritonéal. Ligature en chaine du pédicule qui est très long. Hémostase de la cavité occupée par la rate, au moyen du tamponnement à l'aide d'éponge phéniquée. Tube à drainage en verre de gros calibre dans l'angle intérieur de la plaie.

La rate pesait 7 livres.

La malade est réchauffée dans son lit. Toniques, stimulants. La cavité de l'abcès est lavée tous les jours à l'eau phéniquée. Le neuvième jour la réunion est presque complète. Le douzième jour, le tube est enlevé. L'appétit revient, les symptômes alarmants disparaissent, le vingt et unième jour la malade quitte l'hôpital, et sa guérison est maintenant parfaite.

Observation VII.

Prager Medicinishe Wochenschrifft, 1884, n° 19. *Zur Casuistik der Milexstirpation.* Von Dr Pietrzikowski.

La malade est âgée de 17 ans ; à 5 ans elle a eu la malaria, guérie par la quinine. Malade depuis trois ans, elle éprouve une sensation de pesanteur dans l'abdomen, des douleurs dans l'hypochondre gauche, et se fatigue facilement. Le traitement par la quinine échoue ; elle entre à la clinique le 24 avril 1881. On reconnaît

l'existence d'une tumeur qui, par sa situation et sa forme, rappelle la rate agrandie. Elle commence au bord de la quatrième côte gauche, de la ligne parasternale à la ligne axillaire et descend jusqu'à une largeur de main au dessus de la symphyse. Longueur 32 centimètres. Largeur 4 travers de doigt. Diagnostic : hypertrophie malarique de la rate. On essaye le massage, la quinine, le carbonate de fer. Un mois après on constate que la tumeur a diminué. La malade quitte l'hôpital.

Elle revient le 21 octobre 1881. La tumeur est la même, mais l'état général plus mauvais. En comprimant la tumeur on la sent diminuer, abandonnée à elle-même, elle revient ensuite à son volume primitif. Elle est donc très vasculaire. On essaye l'arsenic que la malade ne peut supporter en raison de troubles divers.

Elle quitte l'hôpital le 26 février 1882 pour aller à la campagne, et revient le 7 février 1883. La tumeur a conservé son volume, mais l'état général est plus défectueux Ascite ; depuis quatre semaines le volume du ventre s'est accru ; oppression, dyspnée, orthopnée à cause de la toux. Insomnie. Œdème du membre inférieur droit. Albuminurie. Amaigrissement. Anémie très prononcée. Réseau veineux parombilical développé.

Opération le 13 février 1883 par Gussenbaüer. Laparotomie médiane, écoulement de 12 litres de liquide clair, citrin. Adhérences très nombreuses coupées entre deux pinces et liées, les vaisseaux qu'elles renferment sont très volumineux. 18 ligatures en tout, la queue du pancréas est comprise dans une ligature.

Le premier jour, état satisfaisant ; le deuxième jour : T. 39°8. P. 120. Le soir, T. 40° ; P. 130, Le 3e jour à 2 heures du matin l'aspect change coma, pupilles dilatées, strabisme, extrémités contractéesen extension, grincement des dents. T. 39°. Hoquet, pas de vomissements.

Le quatrième jour, pouls incomptable, paralysie des sphincters. Mort à 6 heures.

Poids de la rate : 1.250 grammes, elle contenait 400 grammes de sang.

Histologie : dilatation des veines de la pulpe, la pulpe ; les trabécules, les follicules clos ont leur aspect normal.

Foie atrophié, surtout dans son lobe gauche, hépatite interstitielle,

Le lobe de Spiegel et le lobe carré sont sillonnés de travées fibreuses.

Signes de syphilis héréditaire. Athérome.

Péritonite : liquide séro-purulent, fétide et hémorrhagique, néo-membranes, ecchymoses nombreuses sur le péritoine de la paroi antérieure.

Observations VIII et IX.

Due case di splenectomia M. Putti. — (*Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna*, mai et juin 1888).

I. — La première de ces opérations fut exécutée le 25 juillet 1882 à l'hôpital de Ricovero di Mendicita sur une femme de 33 ans, Santini Rosa, née à Buda. Ses parents sont morts alors qu'elle était encore enfant. Dix frères, cinq morts en bas âge, les autres en bonne santé. Une sœur atteinte de monomanie religieuse. La malade s'est bien portée jusqu'à 17 ans, sauf quelques accès de fièvre paludéenne de courte durée. Mariée à 20 ans, elle a eu six enfants dans de bonnes conditions. Il y a trois ans, neuvième grossesse, et accouchement à six mois d'un enfant qu'elle a nourri un an sans aucune gêne. Depuis elle accuse une tuméfaction très volumineuse qui occupe la région supérieure gauche du ventre. Cette tumeur qui ne causait aucun trouble décroît graduellement jusqu'à se réduire au volume du poing. Peu après, elle est reprise de fièvre paludéenne, si commune dans son pays natal, qui dure trois mois avec de courtes périodes de rémission. En février 1882, elle est reprise de douleurs de tête qu'elle avait senties trois ans auparavant, épuisement, amaigrissement, anorexie.

Le 13 juillet elle entre à l'hôpital dans l'état suivant : femme de taille moyenne, squelette normal, nutrition défectueuse, téguments pâles surtout au visage, muscles assez développés. Ventre globuleux, dans le quart supérieur gauche, saillie acuminée ayant l'aspect d'un cône à large base. A la palpation on sent une résistance depuis le sternum jusqu'à l'arc costal gauche, sous lequel elle se prolonge, atteignant en bas le quart inférieur du côté

gauche, en arrière la région lombaire, jusqu'au point où doit se trouver le rein gauche. En ce point existe une saillie. La surface de la tumeur est dure et lisse. On peut lui imprimer des mouvements limités surtout en la repoussant de la région épi-côlique vers la profondeur. En déprimant brusquement la région lombaire on constate que la tumeur se porte vers la paroi antérieure de l'abdomen.

Les symptômes subjectifs se résument en douleurs spontanées et une sensation continuelle et fatigante de vertige dans la position couchée, qui cesse dans l'attitude droite et s'exagère dans l'une ou l'autre position, si l'on communique à la tumeur des mouvements de bas en haut.

Le thorax, les systèmes digestif et génital ne présentent rien d'anormal. Les urines contiennent une petite quantité d'albumine : au microscope, des cellules épithéliales du rein, quelques leucocytes et de rares corpuscules sanguins.

Diagnostic : hypertrophie splénique malarique.

Le 21 juillet, à 7 heures du matin, opération : chloroforme, pulvérisations phéniquées de Lister.

Incision du processus ensiformis à l'ombilic. La rate présente son bord antérieur. J'introduis doucement la main entre les viscères et la voûte diaphragmatique ; en procédant doucement et lentement, j'arrive à extraire la rate. Ce second temps réussit à merveille, sauf une petite déchirure de la capsule et du tissu splénique d'où s'écoule un peu de sang couleur d'encre. Application infructueuse d'une solution saturée de permanganate de potasse ; la compression à l'aide d'une éponge arrête totalement l'hémorrhagie.

Ici se présente la difficulté majeure : l'épiploon gastro-splénique que j'espérais trouver long est très court, surtout à la partie qui correspond à la grande courbure de l'estomac. Jugeant très dangereux, dans de telles conditions et peut-être impossible de pratiquer autant de ligatures qu'il existe de vaisseaux, je dissocie le ligament splénique dans sa partie médiane en deux grandes masses, entre lesquelles je passe à l'aide de l'aiguille de Deschamps un double lien de catgut qui serre fortement dans deux nœuds les attaches des viscères, comprenant les tissus et les vaisseaux interposés. La

rate est complètement extraite. Insignifiante est la quantité de sang contenu dans la cavité abdominale qui est nettoyée avec soin. Avant de la refermer, pour me mettre bien à l'abri d'une hémorrhagie secondaire, j'applique un autre lien de catgut sur les deux portions du pédicule. Sutures des parois abdominales à points séparés. Pansement classique de Lister. Durée de l'opération : 45 minutes. Poids de la tumeur : 2.000 grammes.

L'opérée s'éveille quelques minutes après et se dit très bien. A 7 heures du soir, je suis mandé près d'elle en toute hâte : elle offre les signes de l'anémie aiguë. J'enlève le pansement et je trouve la cavité du ventre pleine de sang : l'opérée meurt 12 heures après l'opération. Une ligature avait lâché prise.

II. — Le malade, De Tullio Filippo, de Vasto, âgé de 19 ans, né de parents sains, a été atteint, à 4 ans, de fièvre paludéenne, de courte durée, guérie grâce à la thérapeutique ordinaire. Il n'est pas possible de préciser, d'après les renseignements du malade, si la rate resta grosse à la suite de la malaria ou si sa tumeur apparut à une autre période de sa vie. Ce qui est certain, c'est que sa santé fut toujours chancelante, en dépit de nombreux traitements. Aussi ne pouvant plus résister dans les conditions de vie où il se trouvait, il vint de Termoli où il servait comme journalier à la voie ferrée à notre hôpital Maggiore.

Etat actuel. — Petite taille, squelette faible, nutrition défectueuse, aspect impubère d'un garçon de 12 ans, imberbe, organes génitaux peu développés. couverts de poils rares et courts.

Volumineuse tumeur de l'abdomen occupant la moitié gauche. Son extrémité supérieure s'insinue sous l'arc costal, sans qu'il soit possible d'introduire les doigts entre elle et la paroi. La percussion seule révèle qu'elle atteint le bord inférieur de la 5e côte ; l'extrémité inférieure se prolonge jusqu'à la symphyse pubienne. Dans son ensemble, elle affecte la forme d'un croissant, à bord convexe externe, à concavité regardant la ligne médiane. Les deux tiers inférieurs sont très mobiles, le tiers supérieur presque immobile. La surface est lisse et uniforme ; consistance fibreuse.

Le foie dépasse l'arc costal de trois travers de doigt.

Organes respiratoires et chylopoïétiques normaux. Souffles ané-

miques aux quatre points cardinaux cardiaques, surtout à l'aorte. Urines normales.

T. 37°5. P. 110. R. 30.

Diagnostic : hypertrophie splénique avec leucémie.

Splénectomie le 1er septembre 1887.

Chloroforme. Incision suivant la ligne blanche, du processus ensiformis à deux doigts de la symphyse, respectant l'ombilic.

La tumeur splénique, couleur de plomb, très volumineuse, se montre. La partie supérieure est couverte en bonne partie par le lobe gauche du foie, qu'il me faut récliner en haut, après l'avoir recouvert de compresses chaudes, que je confie à un aide. Pour faciliter la libération de la tumeur de ses adhérences naturelles, puisqu'il n'en existe pas de pathologiques, j'essaye de l'extraire, mais je ne réussis que pour l'extrémité inférieure. Alors je commence à détacher l'épiploon gastro-splénique, divisant entre deux ligatures au catgut ses portions successives, qui renferment une énorme quantité de vaisseaux surtout veineux. J'atteins ainsi l'artère et la veine splénique qui cheminent côte à côte. L'artère, très flexueuse, d'un calibre énorme, à parois très épaisses, est comprise dans une double ligature. La veine, d'un volume très considérable, a des parois si minces qu'on doit craindre la déchirure en les comprenant dans une ligature trop serrée ; elle est liée de même. L'organe hypertrophié, privé de ses attaches les plus solides, est relevé de bas en haut, et à la suite d'un mouvement imprévu de l'aide qui a la charge de soutenir le viscère, il se produit une déchirure de la capsule et du parenchyme splénique, au voisinage du hile d'où s'échappe tout à coup, et en abondance, un flot de sang très noir. On réprime l'hémorrhagie avec un tampon de gaze et je puis terminer l'opération en toute sécurité en détachant l'extrémité supérieure de l'épiploon, et liant les vaisseaux courts.

Ayant terminé la partie la plus difficile et la plus dangereuse, il ne reste plus qu'une section transversale de l'épiploon gastro-splénique, entre les feuillets duquel se voient sur la tranche les moignons des vaisseaux liés. Les bords des feuillets sont liés suivant le procédé de Schrœder.

Quelques gouttes de sang restent dans la cavité péritonéale, qui

est nettoyée avec soin. Lavage au sublimé. Suture des parois abdominales.

Pansement à l'iodoforme ; compresse de gaze au sublimé ; bandage exerçant une forte compression. Durée de l'opération, 1 h. 1/2. Poids de la rate, 4.000 grammes.

En s'éveillant, le malade paraît très bien, ne vomit pas, accuse une sensation de bien-être.

Le soir, P. 94. R. 32. T. 37°5. Le 3e jour, diarrhée expulsion d'ascarides.

Le 8e jour, T. 39°6. Pansement ; suppuration de deux points de suture superficiels. Lavages au sublimé.

Le foie paraît très diminué, le bord du viscère dépasse à peine d'un doigt le bord costal. Pansement à l'odoforme.

Guérison 20 jours après l'opération.

En mai 1888, le chirurgien avait reçu d'excellentes nouvelles de son operé

Observation X.

Cas de Kœberlé. — *Mort.* (*Med. Times*, août 1884, p. 158 *Revue de Thérap. méd. chir.*, août 1884).

Femme de 46 ans. Rate hypertrophiée à la suite de fièvres intermittentes, mesurant 40 centimètres de long.

Accroissement rapide en moins d'un an et demi. Épanchement pleural, péricardique et péritonéal. Œdème des extrémités inférieures. T. 39°-40°. La malade insistant pour être opérée, M. Kœberlé pratique la splénotomie.

Adhérences au diaphragme. Trois ligatures perdues sont placées sur les vaisseaux spléniques. A la suite de la constriction de ces vaisseaux, hémorrhagie très abondante par les vaisseaux de l'incision cutanée, d'ailleurs assez facilement arrêtée. Perte d'une grande quantité de sang très plastique. Malgré cette hémorrhagie, la malade reprit ses sens et fut pendant quelques instants dans un état satisfaisant. Mais environ une heure après, elle fut prise de convulsions et mourut. Durée de l'opération, plus de trois heures.

Observation XI.

Annals of Surgery, 1887, 6, p. 163. Donat, Odessa (Russie).

E. B., femme de 25 ans, entre le 29 juillet 1885 à l'hôpital civil d'Odessa. Elle souffre de la malaria depuis cinq ans, se plaint d'une violente douleur dans le côté gauche; son médecin diagnostique une rate flottante. Opération le 13 août. Incision médiane. La rate est attirée à travers l'ouverture et les ligatures sont posées successivement sur tous les vaisseaux. Durée de l'opération : 40 minutes. Nausées et vomissements les premiers jours après l'opération. Les suites sont normales. Le 21 septembre, elle quitte l'hôpital guérie. En août 1886, elle était très bien. Le 22 juillet, elle accouchait d'un enfant sain. La rate enlevée était huit fois grosse comme une rate normale. La proportion des corpuscules blancs aux rouges était la veille de l'opération : 1/250 ; 22 jours après : 5/1000 ; 6 mois après : 6/1000.

Chirurgichesky vestnik Ap. and May. 1887.

Observation XII.

Spleen removed by laparotomy, Nilsen. — (*Am. Journ. of obst.* 1887, 20, p. 20 et 296 *New Y. Med. Record*, 1886, 34, p. 639).

Mrs A. W., 36 ans, mariée il y a quatre ans, primipare. Sérieuses attaques de fièvre il y a un an, qui ont duré six mois ; depuis plus de dix ans, elle s'est aperçue d'une tuméfaction qui s'est développée dans le côté gauche.

Facies anxieux. Anémie. Langue saburrale. Haleine fétide. Cœur irritable, intermittences. Mauvais appétit. A eu des nausées fréquentes, des vomissements après les repas, et des épistaxis.

Le docteur Nilsen reconnait une rate flottante dans la région inguinale gauche.

Contre-indications : Mauvais état général, anémie, état du cœur.

Indications : confiance dans le bien fondé du diagnostic ; danger de torsion du pédicule ; augmentation constante d'une sensation de poids et de douleur dans le ventre, douleur plus considérable quand la malade est étendue, ce qui la prive de repos et de sommeil ; abdomen sensible à la pression légère dans la région de la tumeur ; aggravation rapide de cette sensibilité dans ces derniers temps ; la douleur est lourde, gravative, en raison de la pression exercée sur les organes pelviens, et maintient ou augmente leur congestion ; cet état peut ainsi, sans manifestations inflammatoires aigües, conduire à de sérieux troubles inflammatoires, ou à la formation d'adhérences graves entre les organes abdominaux ; le fait que la rate n'est pas essentielle à la vie ; l'absence de leucémie.

Opération. 21 novembre 1886. — Ether. Incision médiane sous-ombilicale. La rate est libre. Pédicule de 10 pouces ; il contient une artère du volume d'un crayon, accompagnée d'une veine qui présente le calibre d'une anse d'intestin grêle. Le pédicule est transfixé et lié à la soie à trois pouces de la rate ; le bout de l'artère est lié au catgut. Sutures à étages de la paroi. Durée de l'opération : 30 minutes.

Poids de la rate : 2 livres.

Sutures enlevées le 9e jour.

Les symptômes dont souffrait la malade avant l'opération s'amendent graduellement : l'insomnie et les élancements dans le côté résistent plus longtemps.

Seize mois après, l'état était très satisfaisant.

Nilsen, en rapportant ce fait à l'Obstetrical Society of New-York (7 décembre 1886), soutint le diagnostic de rate malarique.

Observation XIII.

Rate paludique hypertrophiée. Ablation par Bergmann. Mort.
(Thèse de Thiele. Berlin, 1886. *Zür Laparosplenotomie*)

Bertha Gobrowski, veuve, âgée de 63 ans.

Quatre grossesses, la dernière il y a 25 ans. Il y a 28 ans, fièvre

intermittente dont elle souffrit deux ans Elle a pris peu de quinine et subi toute espèce de médications empiriques.

Depuis deux ans, douleurs abdominales. Ballonnement du ventre. Gaz intestinaux fréquents et persistants.

Examen. — Malade maigre, facies indiquant la souffrance. Hypogastre augmenté. A gauche on remarque dans la région splénique une tumeur proéminente à bords tranchants s'étendant à un travers de main au-dessous de l'ombilic. A la palpation, cette tumeur va se perdre dans la région splénique. La tumeur augmente de largeur de bas en haut. Elle est mobile. Donc pas à redouter d'adhérences larges avec le diaphragme.

15 décembre 1883, extirpation. Incision, à gauche de l'ombilic, de la hauteur de la tumeur. Extraction de la tumeur. Ligature au catgut des adhérences. Ligature du hile et du pédicule avec ligature élastique et catgut. Ligature des vaisseaux gastro-spléniques. Toilette soignée de l'abdomen.

Tamponnement de la cavité abdominale. Sutures de la paroi.

Pouls. — 8 h. 1/2 soir, 86. 9 heures soir, 120. Minuit, 128. Pendant la nuit, vomissements.

Le lendemain injection de morphine. Deux mictions peu abondantes, la dernière à 11 heures.

Urine noire phéniquée, contient de l'albumine et de l'urobiline.

Le 16. 11 heures matin, vomissements. P. 120-130. Mort 9 h. 1/2 soir. La température fut toujours normale.

Autopsie. — 500 centimètres cubes de liquide sanguinolent dans la cavité abdominale Point de caillots. Vessie vide.

L'issue fatale paraît devoir être attribuée autant à l'hémorrhagie qu'à la grande prostration.

Observation XIV.

Splénectomie par Podrez (Harkoff). Communication faite à Moscou en janvier 1887.

M. Cr., femme, 36 ans, a eu pendant longtemps la malaria. Sa rate était considérablement hypertrophiée et elle souffrait d'ascite

et de cachexie. Elle entre à la clinique le 12 novembre 1886. La splénectomie est pratiquée comme *indicatio vitalis*, le 22 novembre 1886. Chloroforme. Incision de six pouces le long du bord externe du muscle droit du côté gauche. La rate séparée des organes qui l'environnaient (tractus fibreux) est attirée à travers l'ouverture. Le docteur Podrez entreprend de lier les vaisseaux. L'assistant ayant lâché la rate, la veine splénique se rompt, cousant une hémorrhagie profuse qui est cependant vite réprimée, et l'opération est terminée en 46 minutes. Poids de la rate, moins le sang, 1.756 grammes. Pansement à l'iodoforme. Glace et opium. Nov. 23, nausée, vomissements. Nov. 25. sur la face et les mains se montrent des zones analogues à l'urticaire. La malade prend du bœuf, du thé, du vin. Nov. 26, frissons et fièvre. Nov. 28, météorisme. Nov. 30, l'examen du sang montre la même proportion de globules blancs par rapport aux rouges, comme avant l'opération, 1/200 ou 1/250. Du 1er au 3 déc., surdité, douleurs du côté gauche. Déc. 6, la plaie est guérie par première intention. Déc. 7-8, la malade peut s'asseoir ; les 11-12 elle se lève. Déc. 15, frissons et fièvre avec délire. Déc. 18, diarrhée, vomissements et albuminurie. Déc. 20, paracentèse donnant issue à trois litres d'un liquide transparent. Déc. 22, pouls 140, t. 103 ; nausées continuelles. Déc. 27, mort.

Autopsie. — Péritonite chronique et néphrite parenchymateuse.

Chirurgichesky Vestnik (St-Pétersbourg). Mars 1885.

Observation XV.

Hatch. — *Splénectomie. Rate hypertrophiée paludique, adhérente au diaphragme. Mort par hémorrhagie opératoire.* (*Removal of spleen. Lancet*, 1889, vol. II, p. 1055.)

Le malade hindou, très émacié, 30 ans, d'aspect cachectique comme les paludéens, fut atteint à son dire, il y a huit mois d'accès de fièvre quotidiens, non précédés de frissons, mais suivis de sueurs abondantes, qui persistèrent pendant un mois. Quand ils cessèrent, apparut sur le rebord costal une petite tuméfaction qui

s'accrut petit à petit, sans douleur, et ne devint gênante que par son poids.

Antérieurement le malade a beaucoup souffert de la fièvre. Mendiant de profession, alcoolique, il fut exposé aux intempéries des nuits et habita des endroits malsains.

De temps en temps il a de la dysenterie et de l'œdème des jambes. Anémié, amaigri, il a l'abdomen très développé, le thorax émacié, les jambes enflées; à cela s'ajoute de la bronchite, de la diarrhée, des selles sanguinolentes, de l'héméralopie.

La cavité abdominale très amplifiée contient un peu de liquide et une tumeur s'étendant du rebord costal gauche jusqu'à la ligne médiane à un pouce au dessous de l'ombilic, quelque peu mobile, dure et lisse à sa surface, présentant une encoche facile à sentir à un pouce au dessus du nombril. Elle est particulièrement douloureuse à tout mouvement, à tel point que le malade préfère la mort à l'existence dans ces conditions

Matité du foie normale ; un peu d'albumine dans l'urine, pas de cylindres ; battements du cœur normaux, mais faibles. Après deux mois d'un traitement médical la tumeur n'avait que très peu diminué et le malade réclamait l'intervention chirurgicale.

Opération le 14 août 1888. Large incision abdominale; écoulement sanguin abondant à la section de la paroi. La main exploratrice introduite dans la cavité abdominale pour assurer la ligature des vaisseaux spléniques, rencontre des adhérences entre la tumeur et le diaphragme.

Pendant leur décollement, conduit cependant avec douceur, il se produisit subitement une hémorrhagie. Ligature placée aussi vite que possible avant qu'il n'y ait une trop grande perte de sang. La séparation et la libération complète de la rate sont alors menées sans difficulté. La cavité péritonéale fut nettoyée, le pédicule examiné, la plaie suturée et couverte d'un pansement sec.

Injection saline dans la veine basilique. Le malade se remonte mais pour un temps très court. Il tombe vite dans le collapsus et meurt le soir.

Rate très dure, très pigmentée, présentant quelques déchirures de la capsule au niveau des adhérences avec le diaphragme.

Le pédicule était bien ligaturé, mais il s'était produit un suinte-

ment considérable au niveau du diaphragme, ayant donné lieu à une collection de 10 onces de sang libre dans la cavité abdominale.

Observation XVI.

Statistica delle Laparotomia con speciali considerazioni intorno alla tecnica della Splenectomia. (*Archiv. Ed. atti della Soc. Italiana di chirurgia*, Dr Ruggi, 1892, p. 341-353.)

Louise Grondini, 23 ans, mariée, née à Argenta, demeurant à Bologne, a été soignée deux fois par le docteur Ruggi.

Une première fois (mi-juillet 1890) elle entre à l'hôpital pour une tumeur de la rate. L'examen du professeur Brazzola révéla alors une anémie profonde. Rapport des globules blancs aux rouges : 1/10 ou 1/12.

Opération remise. Traitement interne.

Rentrée à l'hôpital 17 octobre suivant. La malade demande à être débarrassée de sa tumeur dont le volume et le tiraillement sur le diaphragme lui occasionne de vives souffrances.

Antécédents. — Depuis son enfance, la malade avait été tourmentée de fièvres du pays, endémiques en cette contrée marécageuse (Argenta), qu'elle dut d'ailleurs abandonner à 16 ans. Dès lors les fièvres la quittèrent, mais le ventre resta tuméfié, douloureux surtout du côté gauche.

Mariée au début de 1889, elle fit en automne une fausse couche de quatre mois. Quelques jours après, en vaquant à son travail, elle fut prise de douleurs abdominales d'une intensité inconnue jusqu'à ce jour. Le médecin consulté reconnut une rate hypertrophiée. Persistance des douleurs qui rendent la marche impossible. Diarrhée, bronchite diffuse, convulsions hystériformes ressenties pour la première fois.

Examen objectif : A l'inspection on est frappé du degré de dénutrition.

Les muqueuses sont décolorées ; pouls = 200.

Tuméfaction générale de l'abdomen.

A la palpation, on sent une tumeur dont l'extrémité supérieure est à deux doigts au dessus du nombril, et l'inférieure descend à un doigt du pubis ; sur la ligne parasternale gauche elle s'étend d'un point situé à 3 centimètres du rebord costal jusqu'au pli inguinal. D. max. : 28 centimètres. Partant par son extrémité libre de la ligne parasternale droite, cette masse s'enfonçait en arrière et à gauche dans l'hypochondre correspondant. D. vertical : 16 centimètres. Les mouvements imprimés de bas en haut ne se communiquent pas à l'utérus et aux annexes. Le contraire arrive pour les mouvements en sens inverse.

Foie, reins. Rien d'anormal. Persistance de la bronchite antérieure. Larynx normal. Point d'ascite.

Diagnostic : splénite chronique hypertrophique, consécutive à une fièvre malarique.

Opération : matin 9 novembre 1890, incision droite sous le rebord costal dirigée obliquement, allant du prolongement de la ligne axillaire jusqu'à la ligne médiane. Plus étendue superficiellement que dans les couches profondes, elle partait du bord inférieur de la dixième côte pour rejoindre la ligne blanche à un travers de doigt au dessous de l'ombilic. L'hémostase de la paroi étant faite, ouverture du péritoine. La tumeur fut extraite de la cavité et après avoir découvert le tronc de l'artère splénique derrière la queue du pancréas, on la lia à la soie Puis on comprime la tumeur pour faire rentrer dans la circulation le sang qu'elle contenait. Extirpation de la rate après ligature préalable du ligament gastro-splénique. Suture et réduction du pédicule. Sutures à étages de la paroi.

Rate 1 kil 250 D. long. 24 centimètres ; transversal 12 centimètres. Epaisseur 7 centimètres.

Suites. Terminaison. — En dehors d'une élévation de température le lendemain de l'opération, due à la bronchite, rien de particulier.

Le dixième jour, premier pansement : réunion par première intention.

La malade quitte l'hôpital le 21 décembre 1890.

L'auteur présente une photographie de la malade, enceinte de 5 mois, en bonne sante. Accouchement le 19 novembre dernier.

L'auteur insiste sur la valeur de son incision faite pour aborder

plus facilement le pédicule et l'artère splénique à son origine avant sa division.

Observation XVII.

N. N. Filipposi et M. M. Kusnerow. *Zür Fraje des Milzexstirpation. D'après Centralb. f. chirurgie.* 1991, p. 180. (Obs. résumée.)

Observation de Grube. — Femme de 25 ans, grande, bien nourrie, un peu anémique. Dans la moitié gauche du ventre, tumeur volumineuse facile à palper, lisse et dure, étendue de l'hypochondre gauche jusqu'au ligament de Poupart et la symphyse pubienne et dépassant la ligne blanche de 3 centimètres. La moitié inférieure est facile à déplacer, tandis que la moitié supérieure est fixe.

Urine normale. Cœur, poumon, foie ne présentent rien de particulier. Pas d'ascite.

Sang : chaque globule a une capacité en hémoglobine proche de la normale ; mais la capacité totale du sang est diminuée des 3/5. Proportion des globules blancs aux rouges : 1/762.

Fièvre intermittente de 11 à 14 ans ; reprise de fièvre pendant une plus longue période après une interruption d'un an.

La tumeur a été remarquée il y a cinq ans. Peu gênante au début elle détermina par son augmentation des douleurs dans l'abdomen les lombes, la région rénale. Survinrent ensuite dans les deux dernières années une dyspnée croissante, une diminution de la cavité thoracique et de l'abdomen, des palpitations, des vertiges de la dépression psychique. Tous les traitements externes et internes restèrent sans résultat.

Grube pensant à une hypertrophie malarique pratique la splénectomie.

Splénectomie. Incision sur le bord externe du muscle droit abdominal gauche.

Au cours de l'opération, aussitôt après la ligature du hile, il se fait par une déchirure de la tumeur une hémorrhagie veineuse qui oblige à accélérer et à terminer promptement l'intervention. Rate, sans le sang qu'elle contenait : 2.000 grammes. Elle se présentait

avec les caractères d'une hyperplasie simple. Les amas de pigment qu'on observe dans la malaria manquaient totalement.

Suites : fièvre élevée, grande agitation, douleurs abdominales, météorisme, etc. Mort au huitième jour dans un collapsus profond.

Autopsie. — Développement exagéré du tissu conjonctif de tous les organes internes avec sclérose et ratatinement. Foie cirrhosé. Cœur très petit. Aorte très rétrécie. Les gros troncs veineux étaient remarquablement rétractés. Tous les ganglions lymphatiques présentaient un volume extraordinairement peu marqué. Poumons petits.

Observations XVIII, XIX et XX.

Meerovitch. — *Trois cas de splénectomie à l'Hôpital de Ekatherinbourg.* (Vratch, 1893. N° 21, p. 597).

I. — Hélène T..., 24 ans, domestique. Souvent atteinte de fièvre depuis son enfance. Dès son jeune âge, son ventre a commencé à grossir et n'a cessé d'augmenter que depuis six ans.

Entrée à l'hôpital se plaignant de pesanteur, d'essoufflement et dans l'incapacité de travailler.

Anémie Règles rares. Epistaxis fréquentes. P. 80. R. 24, superficielle.

Presque tout le ventre est rempli par une tumeur énorme, dure et lisse. Les limites extrêmes de la fosse iliaque droite seules ne sont pas occupées. Elle recouvre en haut la lobe gauche du foie et l'estomac ; échancrure peu profonde sur le bord droit. Légèrement mobile, point de frottements péritonéaux à sa surface. Elle n'a aucun rapport avec les organes génitaux et occasionne par pression sur la vessie des envies fréquentes d'uriner.

A la partie inférieure du poumon. respiration rude. Expectoration exagérée. Pas d'œdème. Au repos, la malade se trouve assez bien, mais à la moindre fatigue, elle présente de la dyspnée. Le traitement (arsenic, ferrugineux) essayé quelques mois, ne donne rien.

La faradisation que je tentai déterminait à chaque séance des

épistaxis. La malade entre à l'hôpital et la splénectomie fut pratiquée le 9 octobre.

Ouverture de l'abdomen par une incision de 22 centimètres, et ablation facile de la rate qui ne contractait presque pas d'adhérences avec les organes voisins. Seul, le grand épiploon adhérait en deux points peu étendus. Ces adhérences furent facilement rompues avec le doigt et les ligaments qui rattachaient la rate aux organes voisins, côlon, diaphragme, estomac, sectionnés entre deux ligatures.

Les vaisseaux spléniques furent liés avec des fils de soie, chacun en particulier, puis tous en masse.

La veine splénique, plus grosse que le doigt et qui était prise dans une pince de Péan se déchire sous le poids de la rate ou de la traction exagérée de l'aide. Heureusement il est facile de repincer le vaisseau et de le ligaturer.

Réduction du pédicule, toilette de la cavité péritonéale. Suture de la plaie abdominale. Pansement à la gaze iodoformée. Rate : 3.760 grammes. sans le sang qui s'en était écoulé ; elle ne présentait au microscope que de l'hyperplasie.

Dans les jours suivants, élévation de la température à 39° et même 40 et 41°.

A partir du 14, la température redevient normale.

Le 15, ablation de quelques points de suture.

Le 19, ablation des autres sutures.

Le 7 novembre, la malade sort guérie.

II. — H. K..., 26 ans, veuve, journalière, entrée à l'hôpital le 7 janvier 1889, présentant une fièvre élevée et des vomissements continus. Constipation opiniâtre. Ventre très gros, rate très hypertrophiée. Météorisme.

La malade se trouve dans cet état depuis un mois et demi. Elle souffre depuis six ans, époque à laquelle, pour la première fois, elle fut atteinte de fièvre. Depuis ce moment, elle a de l'hypertrophie splénique et est très maladive.

Chaque accès de fièvre s'accompagne presque toujours de vomissements.

Très affaiblie, anémique, la malade n'a pas eu ses règles depuis deux ans.

Du 7 janvier au 17 février, elle eut des accès de fièvre palustre à type très irrégulier, accompagnés souvent de vomissements fécaloïdes et fétides, si bien qu'il fallait admettre une imperméabilité momentanée de l'intestin comprimé par la rate, considérablement augmentée par l'accès paludéen. Traitement médical.

Du 17 février au 17 mars, température normale ; la faradisation ne donne aucun résultat Malgré une amélioration dans l'état général, la malade, dans le besoin de travailler, réclame une intervention.

Opération le 17 mars. Incision médiane de 19 centimètres. Adhérences plus nombreuses que dans le cas précédent, faciles à rompre avec les doigts ; les adhérences phréno-spléniques étaient assez solides. Rate : 2 650 grammes. Surface moins longue chez la première malade. Au niveau de l'attache avec le diaphragme, plaque de calcification. A la coupe, parenchyme plus dense qu'à l'état normal.

Du 19 au 30 mars, la température resta au dessous de 38°, mais un peu au dessus de la normale. On enlève une partie des sutures le 7e jour ; le reste le 11e.

A partir du 30 mars, la température s'élevait le soir jusqu'à 39° et au delà. La malade prit de la quinine. Depuis le 3 avril, jusqu'au 12, la température fut normale. Du 12 avril au 10 mai, elle remonta pour baisser sous l'influence de la quinine.

Du 10 mai au 19 juin, jour de sortie, plus d'accès de fièvre palustre.

III. — Hélène M ., 21 ans, fille, fut souvent atteinte de fièvre. Depuis cinq ans, elle présente une tumeur de l'abdomen. Anémie, épistaxis, facies terreux, dyspnée ; aménorrhée depuis quatre ans. Tumeur irrégulière, lobulée, très dure, mobile, occupant apparemment tout le ventre. Constipation. Expectoration abondante. Râles à la partie postérieure des poumons. Fréquentes envies d'uriner, pas d'albumine.

Traitement par la quinine du 15 mars au 13 avril, jour de l'opération. La température était normale dans ce laps de temps.

Sang : pas d'augmentation sensible du nombre des globules blancs. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

Opération le 13 avril. Incision médiane de 22 centimètres. Rate très adhérente à l'épiploon. Libérée de ce côté, elle se montre accolée aux intestins. Il fallut deux heures et demie environ pour la libérer (mains, ciseaux, thermocautère). L'opération dura trois heures et la malade mourut cinq heures après. Rate : 2.640 gr.

La malade est morte, je crois, pour trois raisons qui s'ajoutent :

1° Hémorrhagie interne insignifiante :

2° Perte du sang contenu dans la rate et du sang opératoire ;

3° Diminution de la pression sanguine sous l'influence de l'irritation des organes abdominaux par suite de la durée de l'opération.

Observation XXI.

Bulletino della scienze mediche della Soc. med. chir. di Bologna.
Séance du 26 avril 1891.

Le professeur Guido Tizzoni rapporte un cas de splénectomie pour rate mobile hypertrophique, suivie d'un résultat heureux ; il étudie les modifications survenues dans le sang et les organes à la suite de l'ablation de la rate et enfin le déclin de la fièvre, les altérations du sang, spécifiques de la malaria qu'on put observer pendant les accès de fièvre malarique dont la malade eut encore à souffrir depuis l'extirpation de la rate.

Observation XXII

(*Medical Record. New-York*, 1894. July, 28, p. 103). — *Splenectomy, with the report of a successful case, by W. Conklin, Dayton, Ohio.*

Mme A..., américaine, 29 ans, mariée, secondipare, entre à l'hôpital Sainte-Elisabeth le 29 mai 1893. Bons antécédents familiaux, menstruation normale santé générale peu altérée. A passé la pre-

mière partie de sa vie dans un district très paludéen de l'Illinois du sud et jusqu'à son mariage et son départ pour Ohio elle fut souvent sujette à des accès de fièvre et sentait presque constamment un « ague-cake » dans le côté. Pendant plusieurs années, elle n'a pas été atteinte par la malaria et, à part une fièvre typhoïde, n'a pas fait de sérieuses maladies.

Les symptômes du mal qui maintenant la gêne considérablement dans l'accomplissement de ses devoirs de maîtresse de maison et auxquels elle cherche un soulagement, se sont montrés la première fois il y a deux ans. Elle commença alors à éprouver des douleurs abdominales et pelviennes et, quelques mois plus tard, découvrit une masse bas située dans son abdomen. L'examen découvrit une tumeur solide, mobile, sensible au toucher, dans la région iliaque gauche, plongeant dans le bassin, mais sans relation avec l'utérus et un petit kyste de l'ovaire droit. L'utérus était de dimensions normales, mais en rétroversion. Le docteur Jewett, dans le service de qui elle entre, fait une cœliotomie le 10 juin 1893. La tumeur solide était une rate déplacée ayant deux fois les dimensions normales. Elle était libre d'adhérences et facilement replacée dans sa position normale. L'ovaire droit, contenant un kyste de la grosseur d'une petite orange, fut enlevé. Ovaire gauche normal. Suture de l'abdomen sans drainage. Convalescence sans incidents. Elle sort bientôt de l'hôpital avec l'instruction formelle de porter constamment une ceinture abdominale convenable pour maintenir la rate.

Mme A... rentre à l'hôpital, dans mon service, le 23 septembre 1893. Peu après son retour à la maison, elle commença de nouveau à souffrir de symptômes abdominaux et, depuis deux mois, elle a éprouvé presque constamment des douleurs au ventre et quelques exacerbations pénibles qui l'ont retenue au lit. Son abdomen s'est accru rapidement.

Il y a six jours, tandis qu'elle s'occupait à ses travaux de ménagère, elle est saisie d'une douleur syncopale, angoissante de l'abdomen, qui oblige à recourir à la morphine. Vomissements abondants et bilieux le matin suivant, qui se montrent encore de temps en temps. Malgré le traitement, l'intestin ne fonctionne pas depuis plus d'une semaine. T. normale. A l'examen, abdomen tympanisé,

très sensible à la pression et occupé par une tumeur immobile, solide, qui remplit tout le côté gauche, des côtes au bassin, et s'étend considérablement par delà la ligne médiane. On peut facilement la percevoir par le vagin.

L'opération précédente simplifiait grandement le diagnostic et ne permettait pas de douter que la tumeur ne fût une rate hypertrophiée et enflammée. Les symptômes aigus furent attribués à une obstruction intestinale, due soit à la compression de la rate, soit des adhérences avec les débris de l'ovaire. Les symptômes deviennent rapidement plus graves jusqu'à 28 heures après son admission; alors l'intestin obéit au traitement, après quoi les vomissements cessent et l'état général s'améliore. Le répit fut de courte durée.

La sensibilité locale, les crises paroxystiques, et les vomissements réapparaissent avec de la fièvre. La T. oscilla de 99° à 101° pendant dix jours et montait à 100° le matin de l'opération. De la péritonite s'était évidemment déclarée, et à une consultation tenue par les médecins de l'hôpital, il fut décidé que l'ablation de la rate offrait la seule chance de guérison.

L'opération fut faite le 7 octobre avec l'aide des docteurs Jewett et Humphreys; anesthésie par le docteur Reeve. Incision de la paroi de 9 pouces et demi, le long du bord externe du muscle droit du côté gauche.

En explorant la rate, contrairement à ce que les enseignements de la première opération permettaient d'attendre, on la trouve adhérente à la paroi abdominale, à l'épiploon et à l'intestin.

Les adhérences intestinales sont particulièrement solides et étendues, enveloppant toute la surface inférieure et interne de la tumeur. Leur libération demanda beaucoup de temps et, malgré les plus grands soins, la capsule de la rate fut déchirée en plusieurs points. Le péritoine laissait voir des traces non équivoques d'inflammation. Le pédicule était long, tordu trois fois sur lui-même, et ressemblait, avec ses vaisseaux gorgés et sinueux, à un énorme cordon ombilical. Il fut transfixé, lié avec de la soie cordée très forte, suivant la manière de Staffordshire, et pour plus de sécurité, compris une seconde fois dans un second tour de la ligature La ligature fut coupée ras, le pédicule laissé dans la cavité, un tube

à drainage de verre fut introduit, et la plaie, en raison de l'état de la malade, rapidement suturée.

L'hémorrhagie avait été légère et facilement réprimée. Le choc malgré tout était notable et tout à fait hors de proportion avec le sang perdu ou la longueur de l'opération. Injections hypodermiques de brandy et de strychnine. A part le choc qui menaça d'avoir une issue funeste plusieurs heures après que la malade eut été reportée dans son lit et la T. qui, pendant douze jours, oscilla entre 99° et 101°, juste comme avant l'opération, il n'y eut rien de spécial à noter pendant la convalescence. On ne peut trouver aucune explication satisfaisante de la courbe thermométrique dans l'état de la plaie ou de la malade, et sans les données du thermomètre on ne l'eût vraiment pas soupçonnée. A aucun moment il n'y eut d'engorgement de la parotide, ni des glandes lymphatiques. La rate, moins le sang, pesait 4 livres 1/2 et mesurait 10 pouces de long, sur 5 1/2 de large. Elle était d'un tissu plus dur et d'une couleur plus foncée que la rate normale. L'examen histologique par le docteur Scheibenzuber montra un épaississement du tissu des trabécules et du tissu conjonctif intercellulaire, et du pigment dans les parois vasculaires (hyperplasie chronique, probablement due à la malaria).

Aucun examen du sang ne fut fait ni avant ni aussitôt après l'opération. Actuellement la proportion des globules rouges aux globules blancs est normale. Sept mois après, Mme A... a pris un notable embonpoint, et dit qu'elle se trouve en excellente santé, sauf une insurmontable envie de dormir. Quand elle est au repos, il lui faut un constant effort pour se tenir éveillée L'habitude paraît augmenter et devient une source continuelle de gêne et d'ennui.

Observation XXIII.

Two cases of successful splenectomy (*Trans. of the New-York Surg. Soc.* — *Annals of surgery*, 1894, 20, p. 737.)

D. B..., sujet russe, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital St-Luc, le 18 janvier 1893. Il a présenté en 1891 des accidents d'intoxication

palustre aiguë pour lesquels il a été soigné à Mt Sinaï Hospital. Depuis il a eu des accès de fièvre intermittente et présenté des signes de paludisme chronique. Pendant les accès, le foie s'est hypertrophié, mais la rate n'a grossi notablement qu'à partir du mois de septembre 1892; son développement s'est accompagné d'une douleur constante.

Au moment de son entrée, il se plaint seulement de l'augmentation de volume du ventre, et d'une perte progressive de sa force et de son embonpoint. Peu de fièvre depuis quelques mois. La rate occupe tout l'hypochondre gauche et la région ombilicale en descendant à trois doigts au-dessous de l'ombilic.

Examen du sang le 24 février par le docteur Southworth : sang à peu près normal.

Le 28 octobre 1893, le malade est adressé au docteur Harkoe parce que toutes les méthodes medicales de traitement ont été consciencieusement essayées et que la respiration est maintenant sérieusement entravée.

État actuel — Thorax normal. Abdomen : gros foie débordant de deux pouces et demi l'arc costal. L'hypertrophie du foie se prolonge du côté gauche où sa limite se perd en raison de la présence de la rate dont on sent le bord tranchant s'étendant de l'extrémité inférieure du sternum verticalement en bas et en arrière en décrivant une courbe convexe qui va vers la gauche, au-dessous de l'ombilic, presque jusqu'au ligament de Poupart.

Pas de développement des ganglions. La leucémie, et la malaria dans sa période aiguë ayant été exclues, les moyens médicaux n'ayant pas réussi à enrayer le développement de la rate qui menace par gêne mécanique la vie du malade, l'intervention chirurgicale est décidée.

Opération le 1er décembre 1883 par le docteur Harkoe assisté du docteur Curtis. Difficultés considérables provenant de veines superficielles et profondes très dilatées dans l'épaisseur de la paroi abdominale, et de la largeur du pédicule rempli de très grosses veines à parois minces. Longue incision médiane, coupée à angle droit par une seconde incision. Ligature en chaîne du pédicule ; de plus une forte ligature à la soie en comprend la totalité. Pas de drainage. Sutures de la paroi. Bonne réaction consécutive : mais

vingt-quatre heures après, congestion et œdème pulmonaire qui menacent gravement pendant quelque temps la vie du malade. Grâce aux soins du docteur Robinson, cette complication se termine heureusement.

Résumé de l'examen du sang avant l'opération : nombre des globules blancs diminué, relations normales dans la proportion des différentes formes de globules blancs : globules rouges normaux en nombre et en structure ; diminution légère de l'hémoglobine.

Un mois après, on constate une amélioration dans l'état des globules rouges sous le rapport du nombre, de la couleur, de la résistance. On trouve de la leucocytose, tandis qu'auparavant les globules blancs étaient au-dessous du nombre normal. Augmentation des cellules éosinophiles qui sont un peu au-dessous du taux normal.

Poids de la rate enlevée : 4 livres.

Le docteur Tacher constate les lésions suivantes : à la coupe la rate est de consistance ferme, de couleur sombre, abondamment parsemée de points jaune foncé, à bords rouges, de 1-3 millimètres de diamètre, de forme arrondie, triangulaire, ou irrégulière. Au microscope on reconnaît que ce sont des îlots hémorrhagiques, dont le centre est constitué par du tissu connectif avec plusieurs grosses cellules étoilées, et quelques masses hyalines irrégulières, qui sont évidemment des globules sanguins altérés. Dans le reste du tissu se trouvent des veines caverneuses distendues et des trabécules épaissies : on trouve l'aspect d'une congestion chronique.

Bien qu'on n'ait jamais rencontré d'organismes de la malaria dans le sang, il paraît probable que l'hypertrophie de la rate relevait de l'intoxication palustre.

Observation XXIV.

Transactions of the New-York Surg. Soc. — Stated meeting, feb. 28, 1894. (*Annals of Surgery*, 1894, 19, p 688).

Le docteur Kammerer présente la rate d'un homme de 45 ans,

traité pour la malaria depuis trois ans, pendant lesquels s'est développée une tumeur splénique. Le malade a pris de l'arsenic, de la quinine, du fer en grande quantité. Depuis six mois, il est incapable de s'occuper à quoi que ce soit, en raison de la douleur, et surtout de la gène causée par le développement rapide de la tumeur qui, au moment de l'entrée à l'hôpital, atteint la ligne médiane à droite, et gagne, en bas et à gauche, les bords du pelvis.

La tumeur paraît mobile, et quand le malade se met debout, elle change distinctement de position.

La numération des globules a donné lieu à de telles contradictions que les chiffres obtenus n'ont pas de valeur. Le nombre des globules rouges est normal. Pas d'hypertrophie ganglionnaire. L'examen *post mortem* montra nettement qu'il s'agissait de leucémie splénique. Bon état général.

Incision transversale partant de la région lombaire gauche, jusqu'au bord externe du muscle droit du côté droit. Petite incision de 3 ou 4 pouces, partant de la première dans une direction descendante le long du bord externe du muscle droit du côté gauche. Le bord inférieur de la tumeur est ainsi bien exposé. Une petite portion d'épiploon qui la recouvre est lié et réséqué. Le bord inférieur de la tumeur est soulevé, et on essaye d'atteindre le pédicule en rompant les adhérences de l'épiploon. L'hémorrhagie de la première incision quelque peu abondante est facilement maîtrisée. Mais il n'en va pas de même quand on atteint les larges veines qui pénètrent dans la tumeur. Elles sont extrêmement fragiles. Une petite déchirure se produit dans une d'elles, malgré tous les soins, et en essayant de la pincer, le vaisseau s'ouvre complètement, ce qui nécessite la compression pendant la plus grande partie de l'opération pour parer à une hémorrhagie sérieuse.

Finalement on peut lier les vaisseaux à ce niveau en passant derrière eux une aiguille à anévrysme, heureusement sans les blesser, et les couper entre deux ligatures. On commence à rompre les adhérences au diaphragme. Elles étaient très résistantes, et obligèrent à développer une grande force, mais on arriva enfin à dégager la tumeur de dessous les côtes et à l'extraire. Elle était adhérente à l'estomac, au pancréas, et au côlon.

Hémorrhagie considérable, mais non alarmante, par les adhérences au diaphragme, immédiatement réprimée par un tampon de gaze stérilisée. On voit maintenant que la moitié seulement du pédicule a été liée et qu'un autre groupe (cordon) de vaisseaux pénètrent dans la rate en un point plus élevé que celui qu'il était possible d'atteindre par le bas. On les lie, la rate est enlevée. Le malade est en bon état, étant donnée l'importante perte de sang. Tout à coup, après avoir tamponné la cavité de la plaie, suturé les parois et appliqué un pansement, la respiration commence à manquer, et le pouls devient intermittent : l'anesthésie (éther) avait été suspendue depuis une demi-heure.

Bien qu'on ait recours à la stimulation sous toutes ses formes, et à la transfusion, le malade ne se relève pas, mais meurt de choc.

Poids de la rate : 7 livres 1/2.

Observation XXV.

Annuaf of Sajous (1894, vol. III, c. LVIII).

Paine de Galveston (Texas) rapporte (*Kansas City medical index, Kansas City, Mo*, août) un cas heureux de splénectomie pour une hypertrophie splénique due à une ancienne intoxication malarique chez une femme de 25 ans. Les adhérences étaient nombreuses et vasculaires, surtout avec le côlon transverse ; le pédicule fut traité par la transfixion et la ligature ; en outre chacun des vaisseaux qu'il contenait fut lié séparément.

Observation XXVI.

Un caso di splenectomia per enorme tumore di milza da infezione malarica. Guarigione. Docteur Gagliari. (*Rif. Med.*, 1894, I, p.584.)

Mme A.., veuve, 53 ans, domestique. Entrée à l'hôpital San-Giacomo de Rome, le 13 janvier courant.

Réglée à 12 ans, la menstruation a cessé depuis dix ans. Huit grossesses, dont une interrompue par un avortement à 3 mois. Pas de maladie digne d'être notée. A vécu dans l'aisance, demeurant toujours dans son pays natal, jusqu'il y a 3 ans, époque à laquelle elle est venue dans la campagne romaine, en pleine maladie. Elle a commencé à souffrir de la fièvre intermittente depuis le mois d'août dernier. En septembre suivant, elle s'aperçoit d'une tumeur accompagnée de douleurs dans le côté gauche, l'abdomen qui va toujours en augmentant. Aucun trouble du côté de l'appareil digestif En octobre, œdème des membres inférieurs et de la vulve, qui disparaît par le repos. Elle a pris plusieurs préparations de quinquina.

La malade assure que du moment où elle a commencé à souffrir de la maladie actuelle, elle est tombée dans un état de déchéance nutritive.

Depuis les dix jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, aucun accès fébrile.

Etat général : Affaiblissement ; la malade paraît avoir plus de 53 ans, développement de squelette régulier. Abdomen très tuméfié, pas d'asymétrie. Ligne xipho-pubienne 41 centimètres, xipho-ombilicale 18 centimètres, circonférence ombilicale 96 centimètres. Développement des veines presque imperceptible. A la palpation on sent immédiatement sous la paroi abdominale une tumeur occupant presque toute la cavité de l'abdomen, dure, à surface lisse, mais inégale, on peut lui imprimer des mouvements de ballottement.

Limite : en haut elle arrive jusqu'à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic, en bas jusqu'à la symphyse pubienne, à droite à près de deux doigts en dedans de l'épine iliaque antéro supérieure, à gauche de la ligne axillaire médiane prolongée. La tumeur est mobile et peut facilement se déplacer de droite à gauche jusque sous le rebord costal gauche.

On perçoit clairement la présence d'un liquide libre dans la cavité abdominale. La percussion confirme les données de la palpation.

En faisant coucher la malade sur le côté gauche, la tumeur se porte notablement du côté gauche, et même tombe complètement de ce côté.

Palpation du foie négative, zone de matité normale. Rien du côté de l'appareil génital.

Examen du sang négatif pour ce qui est des plasmodies ? le rapport des globules blancs aux rouges est presque normal, la quantité d'hémoglobine un peu diminuée.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a pas présenté d'élévation de température.

Diagnostic : tumeur de la rate par infection malarique, avec déplacement.

Le professeur Topai pratique la splénectomie.

Opération : incision le long de la ligne blanche abdominale, de 4 centimètres au dessous de l'appendice xiphoïde à quatre travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne. Le péritoine ouvert, la tumeur se montre aussitôt. Ecoulement d'une petite quantité de liquide séreux. Aucune adhérence de la tumeur au péritoine pariétal, on réussit facilement à l'extraire totalement de la cavité abdominale. Des vaisseaux très gros et gonflés pénétrant par le hile de la rate constituent le pédicule de la tumeur. On procède avec soin à leur ligature, on les prend entre deux pinces et on les lie séparément avec une aiguille de Deschamps passée dans leur extrémité centrale, on la sectionne au Paquelin, au milieu des pinces

On lie séparément l'artère splénique. Ensuite, après avoir complètement enlevé la tumeur, on lie en masse tout le pédicule qui est laissé dans la profondeur.

Sutures à étage des parois abdominales. La tumeur pesait 4 k 200. Aucun accident n'a troublé l'opération sauf l'échappement du bout central d'une veine, rapidement saisie dans une pince de Péan, au moment d'un effort de vomissement inattendu.

Suites opératoires excellentes. La malade se réveille aussitôt, et reste toujours sans fièvre, sauf une légère élévation de température de quelques dixièmes de degré dans les premiers jours de l'opération.

Le huitième jour on enlève les points de suture. Guérison par première intention.

La malade va toujours s'améliorant. Les conditions de santé sont à présent des plus satisfaisantes.

Observation XXVII.

Extirpazione di Milza malarica. Guarigione. Docteur Potempski. *Riforma medica*, 1894, vol. I, page 380). (*R. Accad. med. di Roma.* Séance du 28 janvier 1894)

Euphrasie Zangrilli, 18 ans, de Cisterna, a souffert depuis son enfance d'infection malarique et vient d'un endroit très entaché d'impaludisme. Aspect maladif, facies cachectique malarique. Pas d'autres maladies en dehors de la malaria qui fut d'ailleurs si bénigne qu'elle ne fut jamais obligée de s'aliter. Depuis un an et demi elle remarqua une tumeur dans l'hypochondre gauche qui ne lui causa d'abord que peu d'inconvénients. Progressivement cette tumeur augmenta de volume pour atteindre les dimensions actuelles

Examen objectif : Abdomen asymétrique, plus volumineux à gauche, rappelant par son aspect le ventre de batracien.

Palper : grosse tumeur, qui, de l'hypochondre gauche, s'étend à deux travers de doigt au dessous de la symphyse pubienne.

Tumeur assez mobile ; bords faciles à percevoir au toucher.

Sang : absence d'hématozoaires et de pigment malarique.

Nombre des globules rouges : 3.733.200. Hémoglobine (hémomètre de Fleischl) donne par jour 7.17 0/0. Urines, rien.

30 octobre. Opération. Laparotomie médiane. Légères adhérences de la tumeur à la paroi et gros pédicule qui entraîne en bas la queue du pancréas. Ligature en masse et séparée des vaisseaux. Le pédicule est fixé au péritoine pariétal pour prévenir l'éventualité d'une hémorrhagie post-opératoire. Aucun fait important, ni pendant, ni après l'opération.

Un point seulement de suppuration au niveau d'un fil profond.

Le 7e jour, ablation des sutures Guérison par première intention.

Au 5e jour,	examen du sang :	globules rouges	3.712 600.
Au 9e	—	—	3.872.000.
Au 14e	—	—	3.864.000.
Au 25e	—	—	4.032.000.
Au 52e	—	—	5.760.000.

Hémoglobine par jour, 10,7 0/0.
Longueur de la rate extirpée..... 30 centimètres.
Largeur.. — ..... 15 —
Poids... — ..... 2 kilogrammes

État général de l'opéré, excellent ; et si je n'avais suivi moi-même la convalescence de la jeune fille, je douterais de son identité.

L'augmentation des globules rouges serait due nettement à l'opération, car elle a commencé dès les premiers jours.

Observation XXVIII.

Splenectomia da enorme tumore malarico. Dr Eriberto Aievoli. Clinique chirurgicale de l'Université de Sienne (*Rif. med.*, 1895, I, p. 98) (Observation résumée).

Struffagli Assunta, 23 ans, de Cinigiano, jeune fille de la campagne vient à la clinique de Sienne, les premiers jours d'octobre 1894. Elle est dans un épuisement tel qu'elle ne peut répondre aux interrogations, ni permettre qu'on l'examine attentivement. Énorme tumeur abdominale, surtout à droite, étendue des limites de la région hépatique à la fosse iliaque, dépassant la ligne médiane de trois travers de doigt vers la gauche. Fièvre continuelle, rémittente ; catarrhe bronchique, conditions qui font admettre provisoirement la malade dans un service de médecine.

Anamnèse : mère morte en couches ; père mort d'une longue maladie fébrile probablement tuberculeuse.

Dans l'enfance, éruption cutanée générale, peut-être eczémateuse

Réglée à 12 ans. Suspension des règles vers la fin d'août. Il y a quatre ans, elle a eu une grossesse à terme.

L'affection actuelle remonte à trois ans. Elle a contracté à Maremma la fièvre paludéenne, à type d'abord quotidien, devenu tierce depuis quelques mois. Alors commence, dans l'hypochondre gauche, le développement d'une tumeur dont un médecin reconnaît le siège splénique. Malgré la quinine, la fièvre n'est pas jugulée. Le volume du ventre augmente, la tumeur cause une sen-

sation de lourdeur, oblige à élargir continuellement ses vêtements, empêche la malade de travailler aux champs.

Les choses vont ainsi jusqu'à la fin de septembre, la fièvre devient alors plus élevée et persistante. La malade, très faible et souffrante, doit garder le lit jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Examen objectif: Squelette médiocrement développé. Pâleur terreuse de la peau, muqueuses exsangues. Pannicule adipeux à peine perceptible, masses musculaires molles. Rien à noter du côté du système glandulaire lymphatique. Décubitus dorsal ou latéral droit; respiration laborieuse; aspect d'une personne bien souffrante.

Catarrhe diffus des bronches, surtout à gauche, à droite, traces d'adhérences pleurales anciennes

Développement énorme et asymétrique de l'abdomen.

La tuméfaction abdominale est plus accusée dans le plan antéro-postérieur. Toute la moitié droite du ventre, et une portion peu étendue débordant à gauche la ligne médiane sont un peu plus proéminentes que le reste de la région iléo-hypochondriaque gauche, qui est déprimée. A la palpation, grande sensibilité, tension notable des parois abdominales, pas d'épanchement. A la percussion zone de matité splénique absolument absente.

Limites de la matité hépatique normales en haut; en bas elle se continue avec une matité uniforme qui occupe toute la moitié correspondante de l'abdomen, du flanc à la ligne blanche, et la dépasse, surtout au voisinage de l'hypogastre de trois travers de doigt environ. Rien d'anormal dans le reste de l'abdomen où existe de la sonorité tympanique.

La palpation fait reconnaître la présence anormale d'un corps volumineux à surface lisse, allongé, en haricot, à contours irréguliers, à encoches, et obliquement dirigé de haut en bas, et de droite à gauche.

On ne réussit pas à mobiliser la tumeur; elle est animée de mouvements en rapport avec le jeu de la respiration. La matité de la tumeur se confond, en arrière et à droite, avec celle du rein: en haut avec celle du foie; et d'autre part, le déplacement du canal intestinal vers la gauche rappelle les tumeurs du rein. On pratique des examens successifs de la tumeur, on analyse les urines qui

sont normales. Du côté des fonctions gastro-intestinales, catarrhe chronique avec diarrhée persistante.

Examen du sang : Globules rouges, 450.000 ; blancs, 11.200 (en chiffres ronds). (Hématimètre de Fleischl, 61). Après quelques jours, on s'aperçoit un matin que la tumeur a subi un déplacement ; elle était située en travers, un peu obliquement, de manière qu'un des pôles atteignait l'hypochondre gauche, l'autre se perdait dans la fosse iliaque droite. J'en viens à faire le diagnostic différentiel seul possible entre une tumeur rénale et une tumeur splénique admettant avec neuf chances sur dix, qu'il s'agissait d'un hypertrophie splenique malarique, compliquée de migration de l'organe. Malgré les graves conditions générales, la malade, dans l'impossibilité de travailler, réclamant à tout prix l'intervention, nous pratiquons l'opération le 26 octobre, assisté des docteurs Martini et Luzzatti.

Chloroforme. Incision paramédiane gauche, allant à 15 centimètres au dessous de l'ombilic. Le péritoine ouvert, on voit apparaître subitement la couleur caractéristique de la capsule splénique. La main est introduite pour reconnaître s'il y a des adhérences antérieures. On en trouve à peine, mais il est impossible d'explorer la surface correspondant au hile à cause des vastes dimensions de la tumeur. On agrandit en haut et en bas l'incision, qui s'étend de la symphyse à deux travers de doigt au dessous de l'appendice. Malgré l'énorme brèche, la tumeur s'oppose à l'issue de l'intestin. On réussit, après des manœuvres pénibles, à engager dans l'ouverture le pôle inférieur. Une profonde déchirure parenchymateuse, produite au cours de ces manœuvres, oblige à hâter l'opération, en raison d'une hémorrhagie à craindre. Contrairement au pédicule long auquel on s'attendait, on trouve un pédicule dont la faible longueur était encore de beaucoup diminuée en raison de la torsion répétée de la tumeur. En outre, adhérences nombreuses entre la face antérieure et le péritoine pariétal. On arrive à extraire l'autre pôle, et par l'espace très court et étroit qui permettait d'atteindre la face postérieure de la tumeur, on rompt de nombreuses adhérences.

Elles sont coupées entre deux ligatures ; les adhérences très nombreuses à l'intestin grêle sont détachées au thermocautère aux

dépens de la capsule et du parenchyme splénique. Le raccourcissement du ligament gastro-splénique, d'où résultait un contact étendu, et les adhérences nombreuses de la grande courbure de l'estomac sont divisées au thermocautère. Même travail pour les adhérences de toute la queue du pancréas. Revision, hémostase du pédicule : suture en chaîne à la soie.

Le pédicule est laissé dans la profondeur. Suture à étages.

Rate, pesée aussitôt après l'opération, 3.300 ; après la perte de sang, 2 320 ; D. l. : 45 cent. D. transv 22.

Les recherches histologiques démontrent l'existence d'un processus malarique chronique.

Suites : 27-29, aucune douleur locale ; vomissements persistants, évacuations diarrhéiques.

Les symptômes bronchiques (toux, expectoration) augmentent extraordinairement d'intensité.

La fièvre se maintient à 38° comme avant l'opération. Pour la première fois on trouve le bacille de Koch dans l'expectoration.

Dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre la malade introduit la main dans le pansement qui est changé le lendemain. La gaze contenait un peu de pus. Le 6 novembre on enlève presque toutes les sutures superficielles. Réunion presque totale. Du 6 au 22, les deux points de suture où s'était d'abord montrée la suppuration étaient le siège d'un décollement. Des nœuds de catgut (le péritoine avait été suturé au catgut) sont éliminés. On procède à une seconde suture. Nouvelle imprudence de la malade. On lui met la chemise de force. Il faut se contenter d'une réunion par bourgeonnement. Dans la deuxième quinzaine de décembre la fièvre s'abaisse à 37°5 le matin. L'état s'améliore, la cicatrisation progresse, on espère renvoyer la malade, quand le 28-29 décembre, après une aggravation des phénomènes respiratoires, la malade meurt deux mois après l'opération.

Autopsie. (Dr Salemteni et professeur Barbocci). — Pas de trace de communication de la plaie opératoire avec le péritoine.

Abdomen. Pas trace de péritonite exsudative. Vestiges nombreux d'adhérences anciennes et solides entre le péritoine pariétal et l'intestin, surtout entre le côlon descendant et la partie de la paroi

abdominale correspondant, à gauche de l'incision. Pédicule parfaitement cicatrisé.

Aucune trace d'adhérences fibreuses coupées pendant l'opération sur l'intestin et la grande courbure.

Estomac très dilaté. Reins anémiés. Foie gras.

Rien dans la cavité abdominale, ni dans son contenu qui explique la mort.

Thorax. Traces de pleurésie adhésive surtout à droite. Poumons emphysémateux ; poumon gauche un peu œdémateux, crépitant à la coupe ; bronchite diffuse, avec exsudat purulent. Poumon droit : péri-bronchite chronique caséeuse ; éruption innombrable de nodules tuberculeux depuis le tubercule miliaire jusqu'au tubercule de la grosseur d'un pois.

Observation XXIX.

Un caso di Splenectomia (*Ospedale di S. Giacomo in Roma*). P. Postempski. (*Rif. Med.*, 1894, t. IV, p. 825).

Jeune homme de 22 ans, souffrant d'une hypertrophie malarique de la rate. La tumeur occupait la région splénique en haut, et atteignait en bas la fosse iliaque gauche, dépassant la ligne médiane.

Une énorme ascite compliquait la tumeur. Le malade se trouvait dans un état de cachexie très avancé. Le nombre des globules rouges dépassait de peu 2.000.000.

L'opération a été pratiquée il y a 25 jours.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Pendant l'acte opératoire, rupture d'une grosse veine du pédicule. Cet incident fit courir de grands dangers à la vie du malade, mais fut d'un grand secours pour terminer l'opération, en causant une diminution notable du volume de la rate. La première incision dut être complétée par une seconde à gauche, pour combattre l'hémorrhagie. Le pédicule fut lié en masse et fixé à l'angle externe de l'incision transversale.

Le malade est complètement guéri de l'opération.

Observation XXX.

Splenectomie, par A. Ceci. (*Il Policlinico*. Vol. I-C., fasc. 9, 1894). (Obs. résumée.)

Gianfredi Vincenzina, 16 ans, née à Brindisi, domiciliée à Gênes, domestique, entre à la Clinique chirurgicale propédentique le 20 avril 1893.

Variole à 6 ans; à 7 ans, fièvre intermittente, quotidienne. Le ventre commence alors à grossir, surtout dans le quart supérieur gauche.

En même temps se déclarent des douleurs intenses irradiant de l'hypochondre gauche à l'ombilic. Les douleurs diminuent, la malade prend un teint jaune-terreux, les muqueuses sont très pâles. La fièvre ne l'abandonne plus malgré des rémissions de quelques jours ou de quelques semaines.

Les accès sont précédés d'épistaxis abondantes.

Il y a trois ans, érysipèle de la face suivi d'abcès multiples et de chute des cheveux.

Réglée à 14 ans ; menstruation toujours régulière et peu abondante.

Pendant les quatre mois de son séjour à Gênes, son état général semble s'améliorer un peu En revanche, le ventre continue à augmenter et la sensation de poids et de tiraillement dans l'hypochondre gauche et dans les lombes persiste.

Au dire de la malade, le traitement par le fer, les arsenicaux, les sels de quinine ont produit plus de mal que de bien.

Dans les périodes d'apyrexie, la malade est bien portante et son appétit est assez bon. Elle se plaint presque continuellement d'une tumeur abdominale qui rend pénible la marche et tout effort musculaire. Toutes les fois qu'elle subit une fatigue notable, elle éprouve des douleurs très vives dans l'hypochondre gauche, de la dyspnée, une sensation d'essoufflement qui peut se terminer par des évanouissements ; elle est obligée de passer la majeure partie de ses journées au lit.

Elle demande avec insistance qu'on la débarrasse de sa tumeur.

Examen objectif. — Poids du corps, 45 kilogrammes. — Hauteur : 1m40.

Peau terreuse. Muqueuses pâles, glandes lymphatiques légèrement tuméfiées.

L'abdomen est extrêmement volumineux, peau tendue et luisante, veines peu apparentes, cicatrice ombilicale saillante.

A la palpation, on trouve une tumeur grosse, dure, un peu bosselée, semi-lunaire, avec un bord antéro-supérieur aigu, présentant des incisures, semblable à la rate agrandie et placée obliquement. Le grand diamètre de 32 centimètres, dirigé en bas et à droite, l'autre, normal au précédent, mesurant 17 centimètres. La tumeur qui suit les mouvements du diaphragme occupe tout le quart supérieur gauche de l'abdomen, et une partie du quart inférieur gauche, et envahit une partie du quart inférieur droit. On peut la mobiliser. En la déplaçant à gauche, on lui fait occuper toute la moitié correspondante de l'abdomen On peut la repousser en haut de manière à lui faire occuper de même les quarts supérieurs, en laissant libre la moitié inférieure Les mouvements imprimés à la tumeur réveillent de vives douleurs.

La surface abdominale répondant à la tumeur donne à la main la sensation d'une température plus basse que celle du reste du corps. La percussion révèle une vaste zone de matité, dont les limites sont modifiées par les mouvements de la malade.

Examen du sang (27 avril) : globules rouges 4 200.000.
— blancs 12 120.

L'hématomètre de Fleischl donne 65.

Urine normale.

La malade a été soumise, pendant son séjour à la Clinique, à la liqueur de Fowler, au bisulfate de quinine, et à un régime reconstituant. Le sang ne se modifie pas.

La tumeur ne diminue pas. Elle occasionne par sa présence des troubles continuels, et parfois des accès douloureux allant jusqu'à la lipothymie.

Opération le 30 mai 1893. — Chloroforme. Incision médiane de 21 centimètres, allant de 6 centimètres de l'appendice xiphoïde à 6 centimètres de la symphyse. J'extrais la tumeur de l'abdomen. Dans sa partie supérieure, la rate est en contact étendu avec le

grand cul-de-sac de l'estomac par le ligament gastro splénique. La mobilité de la rate était plus apparente que réelle et provenait de ce que le segment gauche de l'estomac était entraîné avec elle. Après avoir soulevé le bord antérieur de la rate, je cherche à isoler l'artère pour la lier séparément ; au cours de cette manœuvre, se produit une hémorrhagie veineuse, importante, qui me décide à pratiquer la ligature en masse du pédicule.

Pour éviter de léser l'estomac, je place dans la partie supérieure une série de pinces longuettes en pleine substance splénique Je coupe le pédicule en dehors des pinces dans le tissu liénal. Pendant que je me prépare à substituer aux instruments constricteurs une ligature fractionnée, dans une profonde expiration le bord gauche de l'estomac et les longuettes rentrent dans la cavité abdominale, les manches des pinces restant seuls à l'extérieur. Toute traction pouvant causer des hémorrhagies, je fais à 7 centimètres de l'arc costal, une incision de 11 centimètres allant rejoindre la première. Pour mieux voir la région, je pratique l'éventration complète, et je maintiens à droite tout le paquet intestinal. Je pose alors des ligatures fractionnées sans perdre une goutte de sang.

Le foie est normal.

Sutures superficielles. L'opération a duré deux heures ; la perte de sang a été minime.

Examen anatomo-pathologique. — La rate pesait 1 kil. 800. Capsule hypertrophiée, d'un blanc nacré, parsemée d'épaississements fibreux. Pulpe rouge brune, assez consistante, sillonnée de nombreuses travées fibreuses.

A un faible grossissement (obj. AA, ocul. 3 Zeiss), on voit sous la capsule fortement épaissie de nombreux extravasats ; les corpuscules de Malpighi sont quelque peu agrandis ; les coupes de gros vaisseaux sanguins et de sinus veineux sont relativement rares.

A un grossissement plus fort (obj. B, ocul. 3) les travées conjonctives montrent de nombreuses cellules endothéliales et fusiformes, et donnent des cloisons qui se perdent dans le réticulum.

A un fort grossissement (obj. F, ocul. 3) le réticulum se montre épaissi, traversé de faisceaux conjonctifs avec de nombreux fibroblastes, et plusieurs cellules endothéliales à grand noyau ovale.

Nombreuses cellules conjonctives, et dans l'intérieur des vaisseaux, beaucoup de leucocytes polynucléés.

Les corpuscules de Malpighi sont bourrés de cellules plus petites, régulièrement arrondies, à gros noyaux; leur réticulum est très fin.

Pas de réaction amyloïde.

Pas de microorganismes.

Suites. — Vomissements les deux premiers jours. Le troisième jour, T. 38° 7; dyspnée; la température se maintient à 39° pendant quatre jours; pleuro-pneumonie gauche terminée par une crise; le onzième jour température normale. Le douzième jour, changement du pansement; réunion par première intention.

La malade reprend des couleurs et des forces, elle ne se plaint d'aucun trouble et peut supporter sans gêne les fatigues domestiques.

En automne 1893, son état général était excellent; elle pesait 42 kilogrammes : l'examen du sang donne alors :

Globules rouges 3.875.000.

Globules blancs 11.000.

Hématimétrie (Fleischl) 75.

Observations XXXI et XXXII.

Due casi d'extirpazione della milza guariti. V. Massopust (*Clinica. chir.*, 30 avril 1893.)

Cas d'Escher. — La malade Anna Auber, se rappelle avoir eu dans son enfance la rougeole et la scarlatine Réglée à 17 ans, la menstruation a été irrégulière. Occupée aux salines depuis plusieurs années, elle dit avoir souvent souffert de la fièvre palustre et attribue la mobilité de sa rate hypertrophiée aux travaux fatigants auxquels elle a été soumise. La tumeur paraissait s'abaisser toutes les fois qu'elle se courbait et faisait des efforts pour soulever et transporter des sacs de sel. Ce phénomène d'abaissement de la tumeur, joint à une douleur sourde de quelques heures de durée, est devenu plus fréquent que jamais ces derniers mois;

un mouvement brusque suffit pour produire cette sensation pénible qui ne survenait autrefois qu'au moment des travaux fatigants.

En juin 1890, la sensation vague d'un corps sous l'arc costal gauche se fait nettement sentir dans l'hypochondre, et en même temps se produisent des troubles gastriques, de l'anorexie, des nausées.

La malade fatiguée de ces troubles, qui, malgré le repos, tendent à augmenter, entre à l'hôpital. Le 9 mars, elle se présente dans l'état suivant :

Jeune fille anémique, teint terreux, squelette bien développé, belle musculature, amaigrissement. Muqueuse pâle, dents cariées. Thorax normal. Dans l'hypochondre gauche, tumeur lisse de consistance molle, mesurant 22 centimètres sur 12. Mate, douloureuse à la pression, elle peut être déplacée dans tous les sens.

Le reste de l'abdomen est tympanique, moins la matité du foie qui ne dépasse pas l'arc costal droit. Urines normales.

Pas d'augmentation des globules blancs du sang.

Diagnostic : tumeur malarique de la rate en ectopie. Opération le 14 mars 1891.

Laparotomie médiane, extraction de la tumeur qui se présente recouverte d'épiploon qu'on écarte. L'exploration montre que le pôle supérieur de la tumeur se termine par une extrémité effilée, qui adhère solidement à la grande courbure de l'estomac.

Le pédicule qui renferme les vaisseaux spléniques est si long qu'on peut l'extraire de la cavité et le lier facilement. Ligature en plusieurs faisceaux du ligament gastro-splénique, ligature préalable de l'artère et de la veine liénale, ligature séparée de tous les vaisseaux de quelque importance. On essaye en vain de détacher le pôle supérieur de la rate de l'estomac, auquel il adhère intimement, on place une ligature entre l'estomac et la rate qu'on enlève, en laissant un fragment de substance splénique de la grosseur d'une noisette au niveau de la ligature, dont les bords s'affrontent parfaitement, de sorte que la surface cruente disparaît.

Suture de la paroi.

Suites excellentes. Le 3 mars 1893, l'état de la malade était des plus satisfaisants.

Cas de Massopust. — Malade née à Altura près de Pola, a toujours vécu dans des conditions très misérables. A 13 ans, des accès de fièvre palustre l'obligant à entrer à l'hôpital de Pola.

Réglée à 16 ans, la menstruation est peu abondante, irrégulière, avec des interruptions de plusieurs mois. A 17 ans, scorbut.

Mariée en 1883, deux accouchements normaux en 1884 et en 1889. Aussitôt après le premier accouchement, prolapsus vaginal ; elle s'aperçoit de l'existence d'une tumeur splénique ectopique, qui, bien qu'elle n'eut pas le volume actuel, l'inquiétait parce qu'elle était mobile et sensible sous l'arc costal gauche.

Depuis le second accouchement en 1889, elle a eu pendant quelques mois à souffrir de la malaria. La tumeur liénale se développe lentement mais sensiblement. Pas de troubles, sensations pénible d'un corps lourd et mobile. La malade demande à en être délivrée parce qu'elle ne peut vaquer, comme elle le devrait aux soins domestiques.

En septembre 1891, la malade est dans l'état suivant : squelette bien développé, pannicule adipeux peu prononcé, musculature robuste, muqueuses pâles, signes légers de scorbut. Thorax normal.

Abdomen très saillant du côté gauche. Utérus et annexes normaux ; cicatrice linéaire de colporraphie antérieure, cicatrice solide de périnéorraphie.

La saillie abdominale gauche correspond à une tumeur lisse, solide, de consistance uniformément élastique, mobile en tous sens, mesurant verticalement 20 centimètres, transversalement 30 centimètres.

A cette tumeur correspond une matité absolue qui commence sur la ligne axillaire, au niveau de la cinquième côte, et descend obliquement le long de l'arc costal gauche pour s'arrêter à cinq doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Matité dans la région hypogastrique, mésogastrique et dans la région épigastrique gauche.

Urines normales. Pas d'augmentation des leucocytes.

Diagnostic : tumeur liénale malarique en ectopie.

Opération le 22 septembre. Laparotomie médiane, extraction manuelle de la tumeur qui sort de l'incision avec quelques anses intestinales qu'on refoule. Exploration de la tumeur pour reconnaître son orientation. Pendant que l'aide soutient la rate, je cherche à développer en éventail le ligament gastro-splénique dans sa largeur, j'y réussis, et j'étreins dans deux fortes pinces le pédicule au voisinage du hile. Isolement et ligature de l'artère et de la veine liénale. Ligature en faisceaux du pédicule avec l'aide d'une aiguille de Deschamps. Section des adhérences, extirpation de la tumeur qui pèse 2 880 grammes. Inspection des ligatures, le pédicule est abandonné dans l'abdomen. Sutures à trois étages de la paroi. Pas d'incidents pendant la convalescence. La malade munie d'un bandage élastique quitte le lit le dixième jour. Le dix-huitième jour, règles abondantes. Elle sort de l'hôpital le vingt-deuxième jour. Quelques mois après, elle rentre à l'hôpital de Pola, pour fièvre palustre. La malade accuse une douleur sous l'arc costal gauche, correspondant à une tumeur dans la région splénique. En l'examinant 90 jours après l'opération on constate ceci : organes thoraciques sains, fièvre intermittente (tierce). Sous l'arc costal gauche, tumeur solide et dure, mobile, du volume du poing d'un adulte, qui correspond au rein gauche déplacé et grossi.

La fièvre cède au chlorydrate de quinine, la malade sort en excellent état 42 jours après.

En mars 1895, sa santé était parfaite.

Observations XXXIII, XXXIV, XXXV.

Rif. Med., 1894. Tome II, p. 75. Com. de Tricomi au XIe Congrès internat. de Med. de Rome.

Trois fois j'ai fait la splénectomie pour hyperplasie splénique malarienne : examen du sang :

Dans le 1er cas 1/350 ;

Dans le 2e cas 1/390 ;

Dans le 3e cas 1/470.

Les rates extirpées pesaient la 1re 968 grammes.
— la 2e 975 —
— la 3e 725 —

Les 3 opérés ont guéri.

Observation XXXVI.

Le 15 octobre 1895, M. Vignard est consulté par une jeune femme de 22 ans, Mme M., pour une tumeur abdominale dont l'apparition remonte à environ quatorze mois. Mme M., habite une ferme dans les marais de la Vendée aux environs de Notre-Dame-des-Monts. Dans ce pays le paludisme est endémique ; elle-même eut fréquemment la fièvre intermittente dans son enfance, et sans être chétive, elle offre l'aspect anémique, le teint jaune pâle des individus atteints de paludisme chronique.

Mariée depuis environ deux ans, elle eut il y a seize mois un accouchement dont les suites furent normales ; l'enfant ne fut pas allaité ; les règles revinrent au bout de six semaines. Elles ne reparurent plus pendant quatre mois. Durant cette période de suspension des règles, le ventre se mit à grossir, si bien que l'on crut à une nouvelle grossesse. Cette augmentation de volume de l'abdomen se compliqua de sensations douloureuses surtout marquées à droite de l'ombilic. A ce niveau, la malade remarqua bientôt une sorte de boule dure et un peu mobile, soulevant légèrement la paroi du ventre. Aux douleurs se joignit bientôt un affaiblissement qui fut bientôt tel que la marche devint impossible.

Ces phénomènes inquiétants durèrent environ trois mois puis s'amendèrent. Une amélioration se produisit : les règles reviennent à peu près régulières, l'appétit est meilleur, la malade recouvre en partie ses forces et souffre moins du ventre, cependant elle sent toujours sa tumeur : les douleurs se reproduisent d'une façon intermittente surtout au moment de l'écoulement menstruel.

Cet état de bien-être relatif persista environ huit mois, jusqu'au milieu d'août : à cette époque, sans cause appréciable, le ventre grossit encore et en l'espace de quelques semaines, doubla de

volume. L'affaiblissement alla s'accentuant; tout effort prolongé amenait l'essoufflement et une sensation de fatigue extrême; et bientôt la marche, le travail devinrent tellement pénibles que la malade se vit condamnée à une inaction presque complète. A ce moment (15 octobre 1895) MM. Vignard et Bureau constatent l'état suivant :

Le ventre est assez volumineux, asymétrique, le côté droit manifestement plus saillant que le gauche. La palpation décèle facilement une tumeur occupant la moitié droite de l'abdomen. Cette tumeur remonte en haut presque jusqu'aux fausses côtes. En bas, elle paraît s'enfoncer dans le petit bassin, derrière la symphyse; de plus, dépassant la ligne médiane, elle est sentie jusqu'au dessus de l'arcade crurale gauche. Elle semble donc avoir une forme allongée, à grand axe obliquement dirigé du flanc droit à la fosse iliaque gauche. Sa consistance est dure, fibreuse. Par sa face antérieure, convexe, elle est en rapport immédiat avec la paroi abdominale qui glisse sur elle dans les mouvements respiratoires. A gauche, l'extrémité des doigts déprimant l'abdomen peut aisément accrocher un bord mousse, presque rectiligne, se continuant d'une extrémité à l'autre de la tumeur. Si l'on fait coucher la malade sur le côté gauche, la tumeur bascule à gauche autour de son extrémité inférieure restant fixe, et on peut encore aller accrocher avec le bord des doigts recourbés en crochet un autre bord, le bord droit, celui-là plus tranchant que le précédent. Cette manœuvre montre en outre que la tumeur jouit d'une mobilité relative, que, retenue en bas au niveau de son extrémité inférieure, elle peut exécuter par son autre extrémité des mouvements assez étendus dans la cavité abdominale. La percussion dénote de la matité au centre, de la sonorité à la périphérie, sonorité de voisinage due aux anses intestinales qui empiètent sur la tumeur.

Par le toucher vaginal, on sent l'utérus refoulé en arrière, doué d'une certaine mobilité. Interposée entre la vessie et l'utérus est une masse dure qui participe aux mouvements imprimés à la tumeur abdominale et fait corps avec elle. Pendant cette manœuvre, au contraire, l'utérus reste immobile. On pense qu'il s'agit de la rate très hypertrophiée, et en ectopie. Ce qui confirme encore dans cette idée, c'est que la malade est d'un pays où le paludisme est

endémique, et l'hypertrophie splénique assez commune. Son enfant même a une rate d'un volume considérable.

Pour compléter le diagnostic on prie M. le docteur A. Monnier, chef des travaux histologiques de l'École, d'examiner le sang de la malade au point de vue d'une leucocythémie possible. L'examen est négatif : les globules blancs ne sont pas en excès.

La splénectomie est faite le 19 octobre avec le concours des docteurs E. Bureau, A. Monnier, et de M. Gaucher, interne des hôpitaux.

Incision sur la ligne médiane de 15 centimètres dont 5 au-dessus de l'ombilic. La main plonge dans l'abdomen, saisit la tumeur. L'extrémité enclavée dans le bassin entre l'utérus et la vessie est assez facilement amenée au dehors et tout le reste de la tumeur suit. C'est bien la rate très hypertrophiée, mais ayant conservé sa forme générale. Une adhérence épiploïque est sectionnée après ligature, et nous procédons à l'examen du pédicule. Le pédicule aplati s'insère sur presque toute la longueur de la face interne, il a environ au niveau de la rate 15 centimètres de longueur sur 2 ou 3 d'épaisseur. Il renferme des vaisseaux veineux en grand nombre dont quelques-uns ont le calibre du petit doigt; de plus un organe allongé de couleur gris rosé, de consistance grenue s'y trouve contenu, c'est la queue du pancréas étirée, et arrivant au contact de la rate. Désireux de ménager cette glande, on procède à une dissection prudente à cause du voisinage des vaisseaux. Mais une hémorrhagie en nappe assez difficile à arrêter nous contraint de renoncer à cette dissection. Pour lier le pédicule en deux parties, une pince longuette se fraye un chemin à travers, mais elle a probablement déchiré des veines d'une friabilité excessive car une nouvelle hémorrhagie en nappe se produit.

Ces deux incidents obligent à pratiquer la ligature en masse des pédicules, y compris la queue du pancréas, et sans nouvelles péripéties l'opération est terminée.

Les suites opératoires furent assez simples. Cependant, 36 heures après l'opération survinrent quelques phénomènes inquiétants : fréquence des mouvements respiratoires jusqu'à 48 par minute; pouls plein, mais rapide, à 120 ; sensation de plénitude à l'épigastre, intolérance gastrique absolue. Aucune émission de matières

par l'anus, malgré plusieurs lavements à la glycérine. Léger ballonnement du ventre Paralysie vésicale. Sous l'influence de la morphine, la respiration redevenait calme, les contractions stomacales disparaissaient pour quelques heures. D'ailleurs, la température axillaire était de 37°7, la vaginale de 38°3.

Le soir du troisième jour, tous ces phénomènes disparurent sauf la paralysie vésicale qui persista trois jours encore. Mais l'intestin se mit à fonctionner régulièrement, l'alimentation devint possible, et la guérison opératoire s'acheva rapidement. La malade put retourner chez elle le seizième jour, elle marchait déjà bien plus facilement qu'avant l'opération.

M. Vignard a reçu dernièrement des nouvelles de son opérée. Elle va aussi bien que possible, a commencé à reprendre ses occupations, et ne ressent plus ces douleurs abdominales qui la rendaient incapable de tout travail.

La rate pèse 1120 grammes. Ses dimensions sont les suivantes :

Longueur : 20 centimètres.
Largeur : 14 —
Épaisseur : 8 —

Le bord mousse ou postérieur par suite de la chute de la rate dans la moitié droite de l'abdomen, regardait en avant : il était en contact avec la paroi antérieure du ventre. L'extrémité inférieure, recouverte de plaques de périsplénite, était la portion enclavée entre la symphyse et l'utérus. Un sillon transversal marque nettement l'empreinte du pubis sur le tissu dépressible de la rate.

A la coupe, l'organe paraît augmenté de consistance, il crie un peu sous le scalpel, comme du tissu fibreux.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. Des fragments de la tumeur conservés dans le liquide de Müller, sont confiés à M. le docteur Pilliet, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité, qui constate les lésions suivantes :

Les glomérules de Malpighi sont en général atrophiés ; à la coupe, beaucoup d'artérioles sont complètement transformées en petits blocs fibreux et par conséquent tout à fait oblitérées.

La pulpe offre un aspect très inégal : par places, elle est d'apparence normale, ne présentant qu'une légère congestion ; ses cellules rameuses sont même augmentées de nombre.

Dans d'autres points la congestion est telle que les cellules propres de la pulpe ont en grande partie disparu.

Le sang épanché ne subit pas de transformation pigmentaire, intense. Le pigment est extrêmement rare dans la pulpe comme dans les travées de la rate; les travées elles-mêmes ne sont pas épaissies. Elles présentent très peu de fibres musculaires lisses.

En résumé, atrophie très marquée des corpuscules de Malpighi, congestion irrégulière de la pulpe, peu de pigment.

CONCLUSIONS

I. — La gravité de la splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate restreint les indications de cette opération à certains cas spéciaux.

II. — Elle ne doit être tentée qu'après l'échec des moyens médicaux.

III. — Elle ne place pas le malade qui l'a subie dans des conditions défavorables de résistance à la malaria, aux atteintes de laquelle il reste toujours exposé.

IV. — La leucémie, un degré avancé de cachexie, le trop grand volume de la tumeur, des adhérences étendues contre-indiquent l'opération.

V. — L'ectopie de la rate est une circonstance avantageuse; quand elle se complique de torsion du pédicule, elle commande d'urgence l'opération.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-6 OCT 96
LIBRARY

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Barrault. — Étude sur la valeur de la splénotomie (Th. 1876).
F. Bezançon. — La rate dans les maladies infectieuses (Th. 1894 95).
Brandstetter. — Ruptures de la rate (Th. 1892-93).
Catrin — Le Paludisme chronique (Bib. Charcot-Debove).
Collin — Mém. de méd. et de phar. militaires. 1855.
Couklyn. — Splenectomy, cath the report of a successful case. — New-York Med Record, 28 juillet 1894.
Dandolo. — Lo stato presente della chir. della milza. Gaz. med. Lombard. Milan, 1893, 85, 95, 109.
Darfeuille. — Déplacements de la rate avec torsion du pédicule (Th. 1894-95).
Fassina. — Abcès de la rate dans les maladies infectieuses, en particulier la malaria (Th. 1888-89).
Fleury. — Anat. de la rate (Th. 1892-93).
Foubert. — De la splénotomie pour tumeurs de la rate (Th. 1885 86).
Gangitano. — Splenectomia per milza ipertrofica da malaria. — Rif. Med., 1893, tome III, p. 325.
Gilson. — De la splénotomie. Rev. de chir., 1885, p. 364.
Hartmann. — Comm. au Congrès français de Chirurgie. 1895.
Kelsch et *Kiener.* — Mal. des pays chauds. 1889.
Lieffring. — Ectopie de la rate (Th. 1893-94).
Magdelain. — Kystes séreux et acéphalocystes de la rate (Th. 1868)
Pilliet. — Compte rendu de la Soc. de Biologie. Oct. 1895.
Quénu. — Traité de chirurgie. Tome VII.
Rendu. — Leçons de Clin. Méd. Tome I.

G. Smith. — Chirurgie abdominale.

Spanton. — On splenectomy. Brit. med., 2 nov. 1895.

Verneuil. — Des ind. et contre-indications opératoires, chez les sujets atteints de mal. constitutionnelles. Rev. de méd. et de chir., 1880.

Vincent. — Pronostic et traitement des ruptures de la rate. Rev. de chir., 1893.

O. Vulpius. — Beiträge zur chir. und Phys. der Milz. (Beit. zur Klin. chir., 1894, II. p. 663.)

J. Warbasse. — On the surgery and phys. on the spleen. Annals of Surgery, 1894, 20.

Zuber. — Collections purulentes périspléniques. Rev. de Méd., 1882. p. 920.

Le Mans.— Association ouvrière, 5, rue du Porc-Épic (Hetrot, Guénet et Cie.